

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État, Mention MÉDECINE GÉNÉRALE

PAR

Angéline PACE

Née le 01.04.1992, à Valréas (84)

**Regard des soignant·es sur leurs patient·es femmes :
du stéréotype de genre à la violence médicale.**

Étude qualitative du vécu de vingt patient·es perçu·es comme femmes.

Président de Thèse : Philippe DERUELLE, Professeur

Sous la direction de : Élise FRAIH, Docteure

Yannick SCHMITT, Docteur

**FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET
SCIENCES DE LA SANTÉ**

Edition SEPTEMBRE 2021
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Premier Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDÉS Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séïamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRÉS Emmanuel P0002	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRP0 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seïamak P0005	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas P0007	NRP0 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Remy P0008	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP0 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Haute-pierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Éric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP0 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAUHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRMED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HG	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital HautePierre	54.01 Pédiatrie
Mme LE JAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de HautePierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HautePierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de HautePierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de HautePierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU- SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de HautePierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Sivana P0117	NRP0 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP0 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IG BMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civi	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAIANES Nicolas P0212	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HU 	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre 	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie
* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)
CU : Chef d'unité fonctionnelle
P6 : Pôle RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)
Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur
(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018
(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable -> 31.08.2017
(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) -> 31.08.2017
(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) -> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC 	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Hépatodigestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC 	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC 	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP 	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MO142 AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option biologique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DAL-YOUCF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Médecine et santé au travail (option clinique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHA Christian P0166

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans** (1er avril 2019 au 31 mars 2022)
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2019 au 31 août 2022)
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2020 au 31 août 2023)
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2021 au 31 août 2024)
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)	
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)	
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)	
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)	
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)	
Pr REIS Jacques	(2019-2020)	
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)	(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
 BIENZT Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18
 CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DUCLOS Bernard (Hépto-Gastro-Hépatologie) / 01.09.19
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
 GAY Gérard (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.98
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.09
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KREMER Michel / 01.05.98
 KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
 LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
 MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
 PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
 WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
 WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
 WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.69.55.07.08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patient-es des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent-e et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères et mes consœurs ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes, les femmes, mes confrères et mes consœurs m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury

Au président du Jury, Monsieur le Professeur Philippe DERUELLE, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le Jury de cette thèse et d'évaluer mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

À mes directeur-rices de thèse, Dr Élise FRAIH et Dr Yannick SCHMITT, pour avoir accepté de co-diriger ma thèse et pour tout l'intérêt que vous y avez porté. Merci de m'avoir accompagné avec bienveillance et de m'avoir transmis vos précieux conseils tout au long de ce travail. Merci également pour votre soutien et vos encouragements dans mes moments de doute, m'ayant permis de garder la motivation et de mener à terme ce travail.

À la Dr Karima BETTAHAR, pour l'intérêt que tu as porté à mon sujet de recherche et pour m'avoir fait le plaisir d'accepter de faire partie de mon jury de thèse. Je te remercie également pour la bienveillance dont tu as fait preuve à mon égard pendant mon stage d'internat au CMCO et pour la douceur que tu incarnes si bien au quotidien dans ton exercice professionnel. Ce fut un réel plaisir de travailler à tes côtés.

À la Dr Virginie LE CORRE, pour m'avoir fait le plaisir d'accepter de faire partie de mon jury de thèse et d'apporter ainsi une transdisciplinarité essentielle à l'évaluation de mon travail. Merci pour l'aide dont tu m'as fait part lors de l'élaboration de mon sujet de recherche et de ma grille d'entretien, ainsi que pour tes précieux conseils qui m'ont aidé à mener à bien mes entretiens.

Aux participant-es de cette étude

Merci pour le temps et la confiance que vous m'avez accordé en me livrant vos riches témoignages. J'espère transmettre ici fidèlement ce que vous m'avez confié. Sachez que vos témoignages restent gravés dans ma mémoire et qu'ils m'accompagneront tout au long de ma pratique de soin.

Aux étudiant-es, internes et médecins rencontré-es tout au long de mon parcours

Merci pour les nombreux échanges et partage d'expériences qui m'accompagnent dans mon exercice quotidien.

Mes remerciements se portent tout particulièrement au **Dr Pierre TRYLSEKI**, pour m'avoir accompagné en tant que « tuteur » tout au long de mon internat. Je te remercie de m'avoir partagé ton expérience et d'avoir été un soutien sans faille lorsque j'ai traversé une période difficile pendant mon internat.

Je remercie également de tout cœur les **Dr Céline WILLHELM** et **Dr Mireille SITTER**, de m'avoir accueilli avec bienveillance au sein de leur cabinet de médecine générale en tant que remplaçante et de m'avoir transmis leur enthousiasme, ce qui m'a encouragé à franchir le pas de l'installation libérale. Merci Mireille pour la confiance que tu me portes en me faisant l'honneur de me confier le futur accompagnement de tes patient-es après ton départ à la retraite.

À mes ami-es

À **Margaux et Laurène**, mes amies de toujours.

À **Émilie**, sans qui l'internat et le post-internat n'aurait pas été le même.

À **Méon et Aurélie** et nos superbes moments de vie en colocation.

À **Irina** et nos chouettes retrouvailles à Strasbourg.

À **Marie** et à notre première rencontre au cours de langue lors d'une année ERASMUS.

An **Nicoline und Tanja**, und unser wunderbares Lied, das ich immer noch singe, wenn ich Zweifel oder Sorgen habe : « *Ich bin S*****, ich kann gar nicht [...]* » !

An **Johan und Isabel**, die meine Liebe zu Deutschland wachsen ließen, was zu meiner Entscheidung beigetragen hat, ins Elsass zu ziehen.

Tous et toutes, je vous remercie pour les merveilleux moments de partages, de rires et de pleurs, ainsi que pour les nombreuses discussions féministes et engagées qui ont permis d'enrichir ce travail.

Je remercie par ailleurs tout particulièrement **Irina et Émilie** pour leurs relectures attentives et leurs conseils judicieux, ce qui m'a apporté un soutien considérable dans cette dernière ligne droite.

À **Guillaume**, merci pour tout l'amour que tu me portes, ainsi que pour le soutien que tu représentes pour moi lors de chaque épreuve traversée. Ta présence dans ma vie me comble de joie et de bonheur.

À **Édith, Michel, Gabriel et Loïc**, pour votre gentillesse et votre bienveillance à mon égard.

À ma famille

Mes plus grands remerciements s'adressent aux membres de ma famille, et tout particulièrement :

À **ma grande-tante**, pour n'avoir cessé de me rappeler à chacune de nos rencontres mon souhait de devenir médecin depuis mon plus jeune âge. Ceci m'a particulièrement porté et soutenu dans les moments de doutes. C'est une grande fierté de pouvoir te dire aujourd'hui que je suis enfin Docteur !

À **ma sœur et à mes parents**, qui n'ont jamais cessé de croire en moi et de me soutenir tout au long de ce parcours. Maman, Papa, merci pour votre amour inconditionnel et pour avoir toujours souhaité le meilleur pour nous. Merci également d'avoir assumé toute la partie logistique et financière depuis le début de mes études, et même avant, sans laquelle mon rêve de devenir médecin n'aurait pas pu devenir réalité. Je vous en serai à jamais reconnaissante.

... et merci à Spaetzle également d'égayer mes journées depuis 2 mois entre bêtises, mordillements, moments de jeux, de câlins et de balades, qui ont rendu la période de fin de rédaction de ma thèse moins monotone !

Table des matières

<i>ABREVIATIONS</i>	27
<i>PREAMBULE</i>	29
<i>INTRODUCTION</i>	31
<i>I- Contextualisation de l'étude</i>	31
<i>II- Question de recherche et objectifs de notre étude</i>	40
<i>MATERIELS ET METHODES</i>	43
<i>I- Type d'étude</i>	43
1- Choix de la méthode.....	43
2- Choix de la technique de recueil des données.....	44
<i>II- Population d'étude et échantillon</i>	44
1- Population d'étude.....	44
2- Échantillonnage théorique	44
3- Taille et représentativité de l'échantillon	45
4- Mode de recrutement	45
<i>III- Recueil de données</i>	46
1- Guide d'entretien	46
2- Déroulement des entretiens	46
3- Retranscription des données.....	47
<i>IV- Analyse des données</i>	48
1- Analyse thématique par théorisation ancrée.....	48

2-	Méthodologie du codage	48
3-	Triangulation de l'analyse	49
V-	<i>Méthodologie de la bibliographie</i>	49
VI-	<i>Ethique et Confidentialité</i>	50
1-	Soumission aux Comité informatique et libertés et Comité d'Éthique	50
2-	Formulaire de consentement	50
3-	Anonymisation	50
4-	Conflits d'intérêts	50
	RESULTATS DE L'ETUDE	51
	CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	51
	ANALYSE DES RESULTATS	57
I-	<i>Identité de « femme » : l'influence de la socialisation</i>	58
1-	La femme : un être inférieur et fragile	59
a)	Un « homme manqué »	59
b)	Légitimité de la parole féminine	60
c)	« L'hystérie féminine » : entre hypersensibilité et psychosomatisation	61
d)	Le stress, un mal féminin ?	63
e)	Fragilité et faiblesse féminine.....	64
f)	« Tu enfanteras dans la douleur »	66
g)	Un adultisme projeté sur les femmes.....	67
2-	Sexualité féminine : entre tabou et hétéronormativité	71
a)	Un tabou persistant autour de la sexualité féminine.....	71
b)	« L'Hétérocentrisme » ou l'obligation du rapport « pénétratif »	73

c)	Du jugement au « slut-shaming »	74
3-	Mère nourricière : le rôle féminin suprême.....	76
a)	Conflit entre horloge biologique et choix de vie.....	76
b)	La parentalité : une affaire de femmes uniquement ?.....	78
c)	Entre capacité « innée » et infantilisation des jeunes mères.....	80
II-	<i>De la charge mentale à la charge physique : « c'est à vous d'encaisser ! »</i>	83
1-	La femme « mère et ménagère » : entre « care » et tâches domestiques	83
a)	Un véritable « deuxième travail »	83
b)	Quand les femmes s'oublient pour prendre soin des autres	87
2-	Contrôle de la fertilité : une tâche exclusivement féminine ?	89
a)	Charge mentale et physique : le prix à payer pour une sexualité libérée ?	89
b)	Vers un partage de la responsabilité contraceptive ?	91
III-	<i>Le corps féminin : entre « devoir » de beauté et « devoir » de santé.....</i>	94
1-	Diktats esthétiques sociétaux : vers une objectification du corps des femmes	94
a)	A la recherche du corps parfait.....	94
b)	Quand beauté et santé s'entremêlent.....	96
c)	Une norme corporelle entretenue au sein de la relation de soin	98
2-	Un corps « pathologique » soumis au contrôle médical	102
a)	Entre prévention et « obligation »	103
b)	Un corps « non fiable » : de la surveillance à la surmédicalisation	104
c)	Démédicaliser la santé des femmes	105
IV-	<i>Médecin-Dieu versus sororité féminine</i>	109
1-	Une relation de soin toujours empreinte de paternalisme	109
a)	Un être « supérieur » qui « délivre du mal »	109

b)	Un mélange de paternalisme et patriarcat	111
c)	Quand le médecin « sait mieux » : exemple de la prescription de contraception	113
2-	Savoirs féminins et sororité : la lutte contre le dogme médical	117
a)	« Nous aussi, on sait ! »	117
b)	Une sororité obligatoire devant l'invisibilisation des violences faites aux femmes	118
3-	Du conflit au partage des savoirs : le chemin vers la ré-autonomisation	120
V-	<i>De la nonchalance à la culture du viol dans la relation de soin</i>	123
1-	Réification : quand les patient-es se sentent déshumanisé-es	123
a)	Une communication défailante	124
b)	Quand l'examen clinique est douloureux... ..	126
c)	Non-respect de leur pudeur	127
d)	Un « consentement » parfois inexistant	129
2-	L'intégration de la culture du viol	131
a)	Un « entre-soi » masculin au sein de la profession médicale	131
b)	Un médecin « compétent » exerçant au sein d'un « cadre thérapeutique »	132
c)	Socialisation féminine : entre acceptation et résignation	133
VI-	<i>Conséquences sur le recours aux soins : une véritable « défiance de groupe »</i>	134
1-	De la résignation à l'évitement	134
a)	Une crainte de « dire »	134
b)	Du jeu de rôle à la séduction	135
c)	Évitement des soignants masculins	136
d)	Renoncement aux soins	138
2-	Une défiance de groupe bien ancrée	139
a)	Les un-es et les autres se « passent le mot »	139

b)	Une réelle perte de confiance envers le milieu soignant.....	141
c)	Quand la norme semble être l'exception	142
3-	Des soignant-es choisi-es en conscience	143
a)	Portrait du ou de la soignant-e idéal-e.....	143
b)	Une sororité appréciée avec les soignant-es femmes.....	145
VII-	<i>Mutation sociétale et générationnelle : un espoir porté sur la « jeune » génération.....</i>	147
1-	Une réappropriation du corps chez la jeune génération	147
2-	Une évolution également nécessaire au sein du corps soignant	149
a)	Une formation insuffisante sur les questions d'inégalité de genre en santé	149
b)	Un espoir tourné vers la « nouvelle » génération de soignant-es.....	151
	DISCUSSION DES RESULTATS	155
	SYNTHÈSE DES RÉSULTATS.....	155
	FORCES ET LIMITES DE NOTRE ETUDE	161
I-	<i>Les forces de l'étude.....</i>	161
1-	Originalité du sujet	161
2-	Choix du type d'étude.....	161
3-	Respect de la méthodologie.....	161
4-	Vérification de la cohérence des données.....	162
II-	<i>Les limites et biais de l'étude</i>	162
1-	Recrutement.....	162
2-	Recueil des données et biais d'investigation	163
a)	Coté participant-es	163

b)	Coté enquêtrice	163
3-	Analyse.....	164
a)	Absence de Validation de la retranscription	164
b)	Étude féministe et objectivité.....	164
	RÉFLEXIONS AUTOUR DES RÉSULTATS ET CONFRONTATION AUX DONNÉES DE LA LITTÉRATURE	167
I-	<i>L'illusion d'une médecine neutre : décryptage des stéréotypes de genre</i>	<i>168</i>
1-	Une santé qui se décline au « féminin » ?	168
2-	Inégalités de genre en provenance des soignant-es : le « <i>syndrome de Yentl</i> ».....	170
3-	Un héritage socio-historique qui subsiste dans la profession et l'enseignement actuel	173
II-	<i>Les rôles sociaux « féminins », facteurs de précarité sociale et sanitaire.....</i>	<i>177</i>
1-	Le corps féminin : objet de séduction ?	178
2-	Désir ou devoir de maternité ?.....	183
3-	<i>Care</i> , travail domestique et professionnel : la charge mentale d'une triple-journée.....	188
III-	<i>Le dogme médical normatif.....</i>	<i>192</i>
1-	Un médecin « tout-puissant ».....	193
2-	La définition du « normal » et du « pathologique ».....	196
3-	Validation médicale du manichéisme sociétal.....	199
IV-	<i>Le pouvoir médical sur le corps des femmes</i>	<i>204</i>
1-	Histoire d'une domination patriarcale et paternaliste du corps féminin.....	204
2-	Entre surmédicalisation et particularisation du corps féminin.....	205
3-	Normalisation du parcours contraceptif et sexuel.....	208

V- <i>L'ère de #metoo : de la libération de la parole à la sororité féminine.....</i>	214
1- Une libération croissante de la parole sur les violences médicales	215
2- Des obstacles persistants au sein même de la profession.....	218
3- Réappropriation de son corps et des savoirs associés : un bouclier face à la violence.....	221
OUVERTURES ET PERSPECTIVES	225
CONCLUSION.....	229
Annexe 1 – Grille d’analyse méthodique selon les lignes directrices COREQ.....	233
Annexe 2 – Grille d’entretien finale	236
Annexe 3 – Fiche de contacts utiles	239
Annexe 4 – Enregistrement au registre du Comité Informatique et Libertés de l’Université de Strasbourg.....	240
Annexe 5 – Accord du Comité d’Éthique de l’Université de Strasbourg	242
Annexe 6 – Fiche d’information	243
Annexe 7 – Formulaire de consentement.....	244
Annexe 8 - Tableau des caractéristiques de l’échantillon de participant·es	245
BIBLIOGRAPHIE.....	247

FIGURES

Figure 1- Pyramide des violences médicales vécu·es par les patient·es perçu·es comme femme..... 157

Figure 2 - Stratégies de défense des soigné·es face aux violences sexistes et autres violences médicales... 159

ABREVIATIONS

ANSP : Agence Nationale de Santé Publique

COREQ : Consolidated criteria for Reporting Qualitative research, traduisible en français par « Critères de qualité de rédaction d'une recherche qualitative »

DIU : Dispositif Intra-utérin

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EBM : Evidence Based Medicine, traduisible en français par « Médecine fondée sur les preuves »

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes

HPV : Human Papillomavirus

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LGBTQI+ : Personnes lesbiennes, Gays, Bisexuelles, Trans, Queers, Intersexes, et « tous les autres »

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie, Oto-Rhino-Laryngé

SEP : Sclérose En Plaques

SOPK : Syndrome des Ovaires Polykystiques

PREAMBULE

L'ensemble des participant·es à l'étude se définissent comme appartenant au genre féminin, à l'exception d'un·e interrogé·e, dont le genre est défini comme non-binaire (ni masculin, ni féminin).

Nous avons donc fait le choix de rédiger ce travail en **écriture inclusive** (1) afin de n'engendrer aucune discrimination de genre au sein des participant·es. Le langage s'étant construit autour de la norme de la « supériorité » masculine, l'écriture « habituelle » participe à invisibiliser les femmes dans la sphère publique. D'une manière plus générale, nous pensons que l'écriture inclusive, validée par les associations de défense des droits des personnes LGBTQI+, peut permettre une meilleure visibilité de l'ensemble des membres de notre société.

Ainsi, certains mots, lorsqu'ils se rapportent à des personnes, seront accordés et orthographiés de telle sorte que le genre soit neutralisé (sauf quand l'unique personne énoncée s'identifie elle-même au genre féminin ou masculin) : les pronoms « *elle(s)/il(s)* » seront remplacés par « *iel* » au singulier ou « *iels* » au pluriel ; le point médian « · » sera utilisé pour accorder les noms et adjectifs (« *les soigné·es* » par exemple).

Lorsque nous utiliserons les termes « *hommes* » ou « *femmes* », il s'agira alors d'appuyer les constructions socioculturelles qui les entourent, ainsi que la non-reconnaissance de la différence entre le sexe biologique et l'identité de genre.

Par ailleurs, ce travail ne se veut pas représentatif de l'ensemble des personnes perçues comme femme, mais se base uniquement sur le témoignage des vingt participant·es et le point de vue des chercheur·euses. De plus, il s'agira de mettre en lumière leur **vécu subjectif** qui peut ne pas correspondre à celui des soignant·es dont les propos ou les actions sont rapportés. Ainsi, l'enjeu de ce travail ne sera pas de savoir si oui ou non, les soignant·es ont objectivement réalisé des actes ou ont eu des propos que l'on pourrait qualifier de « violents » au sens juridique, mais bien **d'écouter et de reconnaître le ressenti subjectif des soigné·es face à une interaction qu'iels ont vécu comme « violente »**.

INTRODUCTION

I- Contextualisation de l'étude

La loi a reconnu, depuis relativement peu, la place des femmes comme étant l'égal des hommes dans notre société. Mais qu'en est-il réellement dans les représentations individuelles et collectives ? A ce propos, le domaine de la santé, et notamment celui de la relation de soins, se révèle particulièrement intéressant à investiguer.

Notre système de santé promeut en effet l'égalité des soins pour tous les individus quel que soit leur genre. Cependant, les constructions socioculturelles stéréotypées des rôles et comportements attribués aux femmes ont un impact certain sur leur santé et leur parcours de soins. Comme dans toute interaction sociale, le système patriarcal de notre société et les violences sexistes qui en découlent s'immiscent dans la relation de soins, au détriment des patient-es perçu-es comme femme.

Ainsi, si le système médical a grandement œuvré à la libération des femmes en leur assurant, grâce à la technologie de la reproduction, un meilleur contrôle des naissances (contraception, avortement) ainsi que des accouchements en toute sécurité, un retour dans le passé nous montre combien il a également participé à l'établissement de l'idéologie sexiste¹.

¹ Le sexisme est décrit par le HCE comme « une idéologie qui repose sur le postulat de l'infériorité des femmes par rapport aux hommes, d'une part, et d'autre part, un ensemble de manifestations des plus anodines en apparence (remarques) aux plus graves (viols, meurtres). Ces manifestations ont pour objet de délégitimer, stigmatiser, humilier ou violenter les femmes et ont des effets sur elles (estime de soi, santé psychique et physique et modification des comportements) » (322).

On distingue différentes formes de sexisme : le sexisme « bienveillant » caractérisé par une image positive des femmes, mais renforçant les rôles genrés et la domination masculine (« Les hommes doivent protéger les femmes » par exemple), et le sexisme « hostile » caractérisé par des préjugés ouvertement négatifs à l'égard des femmes (25).

Ces attitudes sexistes étant socialement enseignées à tous les individus, les femmes peuvent elles-mêmes être sexistes à l'égard des femmes. Par ailleurs, le sexisme touche également les hommes (« les hommes ne peuvent pas faire plusieurs choses à la fois » par exemple), mais étant donné leur position sociale favorisée, l'impact n'est pas le même que le sexisme envers les femmes (25).

Pendant des millénaires, les discours médicaux et biologiques sur le corps des femmes ont en effet appuyé la prétendue infériorité des femmes par rapport à l'homme en la « naturalisant » : elles sont le « *sexe faible* » (2-4). En attribuant les spécificités observées chez les femmes et les hommes à des facteurs uniquement biologiques, le corps médical a ainsi contribué à l'élaboration des catégories « masculin/féminin » et à définir les inégalités sociales qui en découlent comme étant « naturelles » et donc irrévocables (2). Ces conceptions stéréotypées sur la « féminité » seront relayées pendant des siècles par des corps médicaux et scientifiques majoritairement masculins (5), non sans impacter négativement la santé des femmes.

Dans les années 1970, les mouvements féministes qui se sont battus pour l'émancipation des femmes et la réappropriation de leurs corps ont joué un rôle important pour faire évoluer ces discours scientifiques (6). Ils seront à l'origine des « *feminist sciences studies* », études féministes des sciences, qui remettront en question l'illusoire neutralité de la science en montrant combien les savoirs scientifiques, et notamment médicaux, sont construits à partir d'un point de vue « masculin, blanc et hétérocentré² » (2,7). De ces mouvements naîtront également les études de genre, « *gender studies* », qui proposeront de s'intéresser, non plus seulement à la dimension sexuée des individus, mais également à leur « sexe social » ou « genre » (8-10). En médecine et dans la recherche scientifique, les termes « sexe » et « genre » sont cependant souvent utilisés comme synonymes, bien qu'il s'agisse de concepts bien distincts (11,12).

- **Qu'est-ce que le « sexe », qu'est-ce que le « genre » ?**

Le « sexe » fait référence aux différences biologiques multidimensionnelles entre les individus (chromosomes sexuels, organes sexuels, caractères sexuels secondaires, composition hormonale) (10, 13, 14). Bien que la conceptualisation du « sexe » se base généralement sur une binarité entre les femmes et les hommes, il existe en réalité un continuum fluide de caractéristiques sexuelles ; la dichotomie entre deux sexes uniques étant socialement et médicalement construite (15).

² « L'hétéronormativité et l'hétérocentrisme décrivent l'état d'une société dans laquelle tous les domaines de la vie fonctionnent en considérant que tout le monde est hétérosexuel-le par défaut / qu'il s'agit de la norme. » (324). Décrire l'hétérosexualité comme la norme, voire la seule option sexuelle possible, favorise d'une part la domination patriarcale, et d'autre part la discrimination des personnes LGBTQI+.

En fonction du sexe de naissance, un genre (« féminin » ou « masculin ») est attribué à l'individu. On parle alors de personne « assignée » femme ou homme à la naissance. Pourtant, certaines personnes ne s'identifient pas au genre correspondant soi-disant à leur sexe de naissance.

Ainsi, par exemple, une personne de sexe biologique « féminin » et donc perçue socialement comme étant de genre « féminin », peut se définir elle-même comme de genre « masculin » ou encore n'appartenant à aucun de ces deux genres (15).

Le sexe biologique détermine ainsi la façon dont les individus sont étiquetés et traités dans la société, de telle manière que, comme le disait l'écrivaine et philosophe Simone de Beauvoir, « *On ne naît pas femme, on le devient.* » (16). En assignant un genre « féminin » ou « masculin » aux individus selon leur sexe de naissance, on leur attribue donc des rôles, des devoirs, des droits et des responsabilités différentes. Les déterminants sociaux tel que l'éducation, la situation économique, le pouvoir politique ou encore l'accès à la santé se retrouvent alors inégalement répartis entre les individus selon leur sexe (10).

Par ailleurs, Il existe dans la plupart des sociétés une hiérarchie au sein de ces rôles de genre au détriment des femmes ; les valeurs masculines étant généralement considérées plus favorables que celles perçues comme féminines (17-19). Pierre Bourdieu définit cette hiérarchie comme une domination masculine socialement construite :

« C'est à travers toute une éducation, composée de rituels d'intégration de la norme masculine, que se façonne l'identité masculine, et que l'homme assure dans la société une fonction de reproduction de la domination » (20).

Les individus de sexe masculin détiennent ainsi une place privilégiée et dominante par rapports aux femmes et aux minorités de genre dans notre société, ce qui maintient leur pouvoir que ce soit dans le domaine politique, économique, familial ou encore religieux.

C'est pourquoi on parle, encore aujourd'hui, d'organisation « patriarcale »³ de la société (21).

Le terme de « genre », lui-aussi pensé comme « binaire », fait donc référence aux constructions socioculturelles des rôles féminins et masculins, qui évoluent sans cesse selon les époques et le contexte (22). Du fait des codes comportementaux qu'elles reflètent, ces normes de genre influencent les attentes, actions et expériences des individus (intérêts, codes vestimentaires, choix de vie et choix professionnels, conduites à risques, comportements de santé, etc.)⁴. Nous faisons tous « *genre* » (23) dans les différentes interactions sociales. Dès lors, ce concept permet de s'éloigner de l'idée d'un caractère « inné » aux comportements et compétences attribués à chacun des sexes ; ce qui suppose la possibilité d'un changement (8, 24) : « *Le genre peut se modifier dans et par la culture* » (25).

- **Quel lien avec la santé et la médecine ?**

« *En matière de santé, les femmes et les hommes ne sont pas logés à la même enseigne, et les différences biologiques sont loin d'être seules en cause [...]* » peut-on lire sur le site de l'INSERM (26). En effet, bien que l'on pourrait penser que les inégalités dans le domaine de la santé soient en faveur des femmes étant donné leur meilleure espérance de vie, il ressort des enquêtes qu'elles possèdent là aussi une position défavorable (27-29). Alors qu'elles vivent plus longtemps que les hommes, elles déclarent plus de maladies et d'incapacités, consomment plus de soins et se perçoivent en moins bonne santé que leurs homologues masculins (28, 30, 31).

Par ailleurs, il s'avère que les femmes sont désavantagées lors des diagnostics et prises en charge médico-chirurgicales en raison d'une attention insuffisante portée sur elles par la recherche scientifique (32-34).

³ Le patriarcat désigne une « *forme d'organisation sociale dans laquelle l'homme exerce le pouvoir dans le domaine politique, économique, religieux, ou détient le rôle dominant au sein de la famille, par rapport à la femme.* » (325).

⁴ Les stéréotypes sexistes imposent « la masculinité » aux corps et identités des hommes et la « féminité » aux corps et identités des femmes : « *Les femmes sont : belles, minces, tendres, empathiques, de bonne humeur, organisées, efficaces, de bonne apparence, douces, ... Elles doivent être : mères, épouses, se consacrer à la famille (maison), soumises. Elles ont besoin de protection, etc. Les hommes sont : forts, sûrs, stables, entrepreneurs, dominants, leaders, ... Ils ont une bonne estime de soi. Ils doivent apporter les revenus, être l'autorité, responsables, protecteurs, etc.* » (326).

Dans un passé pas si lointain, les femmes étaient en effet systématiquement exclues des essais cliniques, que ce soit pour des raisons de sécurité (afin de limiter le risque éventuel d'exposition fœtale à des traitements expérimentaux chez des participant-es dont une grossesse serait méconnue⁵) ou de facilité d'étude (les protocoles de recherche étant plus simple à mettre en place et les résultats plus facile à interpréter chez des organismes masculins qui ne présentent pas de variations hormonales cycliques) (27, 35, 36). Aujourd'hui encore, elles ne représentent qu'un quart à un tiers environ des participant-es à l'ensemble de protocoles de recherche clinique (37-40).

Ainsi, les paramètres biologiques et physiologiques du corps masculin continuent de définir la « norme » à partir de laquelle l'état de santé des femmes est évalué. Pourtant, celles-ci peuvent présenter des symptômes qui diffèrent de ceux des hommes, entraînant un potentiel retard de diagnostic et donc de prise en charge par le système médical (41) ; l'exemple le plus parlant et le plus médiatisé étant celui de l'infarctus du myocarde⁶ (42). D'autre part, en raison de l'existence de variations pharmacocinétiques et pharmacodynamiques entre les sexes, les femmes sont susceptibles de réagir différemment à diverses thérapeutiques. Un médicament testé principalement sur des individus masculins peut ainsi être à l'origine d'une efficacité et d'une tolérance différentes au sein de la population féminine (38, 43-47).

Depuis les années 1980-1990, de nombreuses directives ont émergé dans le but d'améliorer l'inclusion des femmes dans les essais cliniques, tout d'abord aux États-Unis puis en Europe (38). L'ancien paradigme ayant pour référence « *l'homme blanc de 70kg* » a été remplacé par un effort d'inclusion des femmes et des minorités dans la recherche à des taux proportionnels à l'incidence de la maladie étudiée (48, 49).

⁵ Plusieurs scandales médicamenteux ont renforcé l'exclusion des femmes dans les tests cliniques par crainte de provoquer des malformations sur les fœtus. Il s'agit notamment du « Thalidomide », qui était prescrit particulièrement chez les femmes enceintes contre les nausées matinales et qui a conduit à de nombreuses malformations chez les nouveau-nés, et du « Distilbène » commercialisé comme hormone de synthèse de la famille des estrogènes et prescrit en prévention des fausses couches, qui a été à l'origine de cancers gynécologiques chez des femmes ayant été exposées à cette substance in utero (328).

⁶ L'expression clinique de la maladie coronaire est souvent différente chez la femme comparée à l'homme et se traduit souvent par un retard dans la prise en charge. En effet, les symptômes sont plus souvent décrits comme atypiques (symptômes pseudo-digestif, asthénie ou anxiété inhabituelles...), différant de la classique douleur thoracique oppressante irradiant au membre supérieur gauche ou à la mâchoire. De plus les femmes présentent plus souvent que les hommes des artères coronaires d'aspect normal à la coronarographie (327).

De plus en plus de chercheurs s'intéressent donc aujourd'hui aux différences de sexe dans le diagnostic des maladies (50-52) et l'élaboration des traitements (53, 54), permettant à la science médicale de s'appuyer sur des données probantes sur les femmes, et non plus de transférer simplement les connaissances scientifiques conçues à partir d'individus masculins.

Cependant, les individus ne diffèrent pas seulement sur les facteurs de risque de maladies, la physiopathologie et les traitements en fonction de leur sexe, mais ils se distinguent également par leurs contextes sociaux. Les rôles sociaux genrés, la position au sein de la société ou encore l'activité professionnelle amènent les individus à être exposés différemment aux nuisances de santé et modulent leurs accès aux soins.

Or, peu d'études médicales s'intéressent au poids des représentations socioculturelles de la « féminité » et de la « masculinité » dans le champ de la santé, ainsi qu'aux pratiques sociales genrées et relations de pouvoir qui en découlent, bien que ce domaine de recherche ait démontré tout son intérêt (55-57). En effet, malgré la mention du terme « *genre* » dans le titre de nombreuses études médicales, celles-ci explorent majoritairement la seule réalité biologique des individus et font donc référence au « *sexe* ». Cette confusion conduit à effacer l'articulation déterminante entre ces deux variables et entraîne un manque de développement de réponses médicales appropriées (12, 13, 55).

En plus de cela, la recherche sur la santé des femmes n'a cessé de souffrir de la prédominance de chercheurs masculins au sein des corps médicaux et scientifiques, en témoigne la longue méconnaissance au sujet de maladies telles que l'endométriose, le syndrome des ovaires polykystiques ou encore la fibromyalgie.

C'est ce qui a été démontré dans une étude ayant analysé les brevets biomédicaux américains déposés de 1976 à 2010 (58). Les données ont révélé que les inventions des équipes de recherche principalement ou entièrement composées d'hommes étaient beaucoup plus susceptibles de se concentrer sur les besoins médicaux des hommes : les brevets de ces inventeurs masculins portaient plus particulièrement sur des sujets tels que « *érectile* » ou « *prostate* » plutôt que sur « *ménopause* » ou « *col de l'utérus* », à titre

d'exemples. A l'inverse, les inventions brevetées par des équipes de recherche principalement ou entièrement féminines étaient plus susceptibles d'être axées sur les besoins des femmes, d'où l'espoir porté sur la féminisation actuelle de la profession médicale.

- **Que signifie étudier l'impact du genre en médecine ?**

Explorer cette notion de « genre » dans le champ de la santé et de la médecine implique donc de prendre en compte les conditions de vie, les positions dans la société et les attentes sociétales concernant la « féminité » (*fragilité, sensibilité accrue, prédestination à la maternité, facilité d'expression verbale...*) et la « masculinité » (*virilité, prise de risque, résistance au mal...*) dans nos pratiques professionnelles (57).

Pour des raisons sortant du cadre du biologique, les individus ne sont en effet pas exposés de façon identique à la maladie et sont amenés à se comporter et à exprimer leurs symptômes de manière différentes lorsqu'ils ou elles sont malades (59). Ces codes socio-culturels retentissent également sur le rapport qu'ils ou elles entretiennent avec leurs corps et modèlent leurs représentations du bien-être, de la « bonne » santé et de la maladie (30, 60). Enfin, ces stéréotypes de genre, ancrés de la même façon chez les professionnel·les de santé, influencent la façon dont ils ou elles peuvent dépister et prendre en charge certaines maladies, et ce dans quasiment tous les champs de la médecine, bien au-delà du seul domaine de la reproduction (27, 61). Ainsi, dans l'interaction patient-e-médecin, le ou la patient-e « *fait le genre* » (23) en se présentant conformément à ce qui est considéré comme acceptable pour son sexe social (comportement de recherche d'aide, recours aux soins, présentation de ses symptômes aux soignant-es, etc) et le ou la médecin fait de même en retour (interprétation du récit et du comportement du ou de la patient-e au travers de stéréotypes genrés) (13, 27, 62).

On comprend alors que les représentations socioculturelles en termes de « genre » soient décrites comme un facteur majeur d'inégalité de santé, tant pour les femmes que pour les hommes (30, 31, 63).

- **Une implication grandissante des instances officielles internationales**

Un activisme considérable de la part des femmes a vu le jour ces dernières décennies pour améliorer la qualité de leur santé et de leurs soins. Ce militantisme a été récompensé en 1995 lors de la 4ème conférence mondiale sur les Femmes à Pékin. En effet, son rapport, qui consacrent un chapitre à la santé, a appuyé le fait que :

« Les politiques et programmes de santé perpétuent souvent les stéréotypes sexuels, et ne tiennent pas compte des disparités socio-économiques et autres entre les femmes, ni du fait qu'elles ne sont pas libres de gérer leur santé comme elles l'entendent. Leur santé souffre aussi du sexisme des systèmes de santé et de l'insuffisance qualitative et quantitative des services médicaux qui leur sont fournis. » (64).

Face à ces inégalités, de nombreuses instances officielles se sont par la suite emparées du sujet et en ont fait un point majeur de leur programme.

L'OMS a ainsi créé un département « Femme, genre et santé » en 1995 puis a intégré la perspective de « genre » dans l'ensemble de ses activités depuis 2002 (65). En 2016, dans son rapport « *Santé et bien-être des femmes en Europe : au-delà des avantages en matière de mortalité* », l'OMS insiste sur les discriminations liées au genre et les stéréotypes sexués ayant des conséquences non négligeables sur la santé des femmes (66). Selon sa Commission des Déterminants Sociaux de Santé (CDSS) le genre représente donc un des principaux déterminants sociaux de la santé, qu'il influence selon trois axes : les comportements genrés en santé, les prestations médicales genrées et les autres déterminants sociaux de santé intriqués au genre, auxquels s'ajoute la réaction du système de santé (67).

En 2006-2008, le Conseil de l'Europe a affirmé « *l'importance d'une prise de conscience parmi le grand public comme parmi les professionnel·les des soins de la position centrale du genre parmi les déterminants de la santé* » (65) et la nécessité d'intégrer cette notion dans les actions de santé publique au niveau national.

Le programme Horizon 2020 de l'Union Européenne accorde lui aussi une place majeure aux problématiques liées au sexe et au genre au sein de la recherche (68).

En France, l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP) et la Haute Autorité de Santé (HAS) se sont également engagées à lutter contre les inégalités de genre depuis 2013 (27). C'est ensuite l'Assemblée nationale et le Sénat qui, en 2015, ont publié un rapport dans le but d'améliorer la santé des femmes et de lutter contre les discriminations de genre (69).

Le comité d'éthique de l'INSERM joue également un rôle important dans ce domaine : après avoir créé son groupe de travail « *Genre et recherche en santé* », il a décidé de promouvoir le sujet en produisant une série de vidéos intitulées « *Genre et Santé : attention aux clichés !* » abordant 6 thèmes principaux que sont la dépression, la durée de vie, les maladies cardio-vasculaires, l'ostéoporose, la douleur et l'imagerie cérébrale (67). Plus récemment en 2020, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (70) et la HAS (71) ont publié des rapports rappelant la nécessité de prendre en compte le sexe et le genre dans le domaine de la santé et du soin, et l'importance de former les soignant-es à ces thématiques.

En effet, les enseignements sur l'impact du genre dans la santé restent très minoritaires en faculté de médecine française, malgré la recherche croissante sur la santé des femmes et le nombre toujours grandissant d'étudiant-es féminines. Or, une meilleure sensibilisation des futur-es soignant-es sur l'impact de ces constructions sociales pourrait diminuer les préjugés sexistes et contribuer à des soins de meilleure qualité aux patient-es, quel que soit leur genre (60, 72, 73).

Ce travail s'inscrit donc dans une démarche de compréhension des mécanismes d'inégalités de genre en santé et vise à en faire émerger les éléments déterminants, dans l'objectif d'une meilleure prise en compte de cette perspective dans la pratique professionnelle.

II- Question de recherche et objectifs de notre étude

C'est devant ce constat que nous avons décidé de nous consacrer lors de ce travail à **l'impact des stéréotypes liés à la « féminité » sur la santé des personnes perçu-es comme femme, et aux potentielles « violences » qu'ils engendrent dans leurs recours aux soins**. Nous nous intéresserons donc bien aux stéréotypes et biais de « genre », et non pas aux conséquences des spécificités biologiques et physiologique dues à leur « sexe ».

Il s'agit d'une thématique qui a été peu étudié par les travaux de médecine générale. En France, une thèse qualitative de médecine générale, réalisée en 2019, s'est intéressée aux représentations des médecins généralistes concernant les disparités en santé des hommes et des femmes d'une manière générale (74). Un travail similaire avait été réalisé en 2015 en Suède (75). Par ailleurs, une thèse française de médecine générale a interrogé des médecins généralistes à ce sujet, au travers de l'exemple du dépistage du tabagisme (76).

Pour notre part, nous avons choisi de recueillir le témoignage des patient-es perçu-es comme femmes et non pas celui des professionnel-les de santé, puisque nous pensons qu'il est primordial d'explorer en premier lieu l'expérience et le ressenti des principales personnes concernées lorsque l'on souhaite réfléchir à l'amélioration de nos pratiques professionnelles.

Si l'on s'intéresse au vécu de patient-es, les travaux, tant dans le domaine de la sociologie que de la médecine générale, se sont jusqu'à présent focalisés principalement sur les questions intrinsèquement féminines, notamment la consultation gynécologique (77-81), les violences faites aux femmes (82), l'endométriose (83-85) ou encore la contraception (86).

Bien que ces travaux aient souvent mis en évidence l'existence de stéréotypes genrés et de violences médicales au sein des consultations ayant trait à la gynécologie, aucune étude qualitative française ne s'est intéressée spécifiquement aux **violences médicales liées aux stéréotypes de genre vécues par les patient-es perçu-es comme « femmes » dans leur parcours de soins d'une manière générale**. C'est donc ce que nous avons décidé d'étudier dans notre travail de recherche.

L'hypothèse que nous formulons est qu'il existe des violences médicales quel que soit le genre des patient-es et des médecins, mais que des violences supplémentaires liées au genre sont vécues uniquement par les patient-es perçu-es comme « femmes ».

L'objectif principal de ce travail est donc de **décrire les violences médicales liées aux stéréotypes de genre vécues par les patient-es perçu-es comme « femme » dans leur parcours de soins**. Nous nous intéresserons notamment aux manifestations des stéréotypes genrés au sein de la relation de soins, à leurs répercussions sur la santé et le recours aux soins des patient-es perçu-es comme femmes, ainsi qu'aux stratégies de défense qu'ils mettent en place pour y faire face.

Les objectifs secondaires sont d'étudier les autres types de violences non genrés vécues par les patient-es au cours de leurs parcours de soins, ainsi que de dégager des axes de sensibilisation des professionnel·les de santé afin de prévenir ces différentes formes de violences.

MATERIELS ET METHODES

I- Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative ayant une approche analytique inductive inspirée de la méthode de théorisation ancrée, basée sur 20 entretiens semi-dirigés compréhensifs, réalisés en Alsace. Les critères de qualité méthodologique COREQ (87) ont été utilisés pour la méthodologie et la présentation des résultats (Annexe 1).

1- Choix de la méthode

Les outils quantitatifs sont largement utilisés dans la recherche médicale. En effet, ils s'avèrent très adaptés à l'étude des questions biomédicales, permettant alors de tester une hypothèse puis d'établir un lien causal entre les variables testées. L'analyse quantitative a cependant ses limites et ne permet pas d'étudier la multitude de phénomènes et situations rencontrés dans l'exercice quotidien de la médecine. Ainsi, pour explorer la complexité des soins primaires, il est intéressant de disposer d'autres méthodes de recherche et de recueil de données (88, 89).

La méthodologie qualitative, qui étudie les phénomènes sociaux pour en comprendre l'existence et la signification, se révèle donc intéressante pour explorer d'autres champs de recherche, notamment dans le domaine de la médecine générale. Elle permet une compréhension plus large de la santé et des aspects de la relation de soins (expériences personnelles, ressentis, etc.) (88, 90). Cette approche est particulièrement adaptée lorsque le domaine d'étude est mal connu ; les hypothèses qui en découlent pouvant alors être vérifiées dans un second temps par une étude quantitative (91).

Notre travail ayant pour objectif de recueillir le ressenti des patient-es concernant l'impact des stéréotypes de genre dans leur santé et leur relation de soins et d'en comprendre les déterminants, dans une démarche très largement exploratoire, l'approche qualitative était la plus adaptée. Concernant la méthodologie, nous

nous sommes orientés vers une approche analytique inductive inspirée de la méthode par théorisation ancrée développée par Glaser et Strauss (92, 93).

L'échantillonnage, le recueil de données par entretiens et l'analyse ont été réalisés simultanément, permettant de développer une théorie à partir des données réelles du terrain, jusqu'à arriver à saturation des données (88, 93).

2- Choix de la technique de recueil des données

Le recueil des données doit aussi s'adapter à l'étude réalisée. Dans notre cas, nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés, ceux-ci favorisant une liberté d'échange autour d'une ou plusieurs thématiques préalablement définies (94-96).

Les entretiens individuels nous semblaient plus adaptés qu'une méthode de recueil de données par focus-groups. D'une part puisqu'il s'agissait d'explorer des ressentis, opinions et comportements individuels, la participation à un focus-group aurait pu au contraire influencer les réponses de chacun·e. D'autre part, la réalisation d'un entretien individuel permettait d'aborder plus facilement et de manière confidentielle certaines thématiques pouvant être jugées comme intimes, voire taboues.

II- Population d'étude et échantillon

1- Population d'étude

La population d'étude ciblait les personnes assignées « femme » à la naissance vivant en Alsace. Les critères d'inclusion étaient d'être une femme ou une personne identifiée par autrui comme femme (la personne pouvant s'identifier elle-même à un autre genre), majeure et francophone. Les critères de non-inclusion étaient : être mineure, sous tutelle ou sous curatelle.

2- Échantillonnage théorique

En recherche qualitative, l'objectivité repose en partie sur l'hétérogénéité des personnes interviewées.

Afin d'obtenir une diversité de ressentis, d'opinions et de comportements, l'échantillonnage a été réalisé en recherchant une « variation maximale » (88, 93). Pour cela, l'inclusion des participant·es a été raisonnée en fonction de leur âge, leur genre, leur orientation sexuelle, leur catégorie socio-professionnelle, leur situation familiale.

La constitution de l'échantillon reposait donc sur le jugement de la chercheuse concernant les personnes potentiellement intéressantes en raison de leurs caractéristiques et expériences singulières, pour répondre à l'objectif de cette étude.

3- Taille et représentativité de l'échantillon

Les méthodes qualitatives ont pour but de comprendre les phénomènes plutôt que de les mesurer, ainsi la notion de représentativité statistique n'a pas réellement de sens. En conséquence, ce n'est pas le nombre d'entretiens qui prime, mais la qualité des données qu'ils permettent de recueillir (94, 95). En effet, ces données sont validées par le contexte et peuvent avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans une analyse quantitative (94).

La taille de l'échantillon n'est donc pas définissable en amont et sera déterminée par l'obtention de la saturation des données, c'est-à-dire lorsque la réalisation d'un nouvel entretien n'apporte plus aucun concept nouveau par rapport à ceux déjà recueillis (88, 93, 97). Dans le cadre de notre étude, la saturation des données a été atteinte au bout de 17 entretiens. 3 entretiens supplémentaires ont été réalisés pour garantir l'obtention de cette saturation. La taille finale de l'échantillon a donc été de 20 participant·es.

4- Mode de recrutement

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat. D'une part par une annonce sur les réseaux sociaux, d'autre part par effet boule de neige, c'est-à-dire à partir de la recommandation de certaines participant·es qui connaissaient d'autres personnes susceptibles d'être de bonnes participant·es à l'étude.

III- Recueil de données

1- Guide d'entretien

Le guide d'entretien sert de fil conducteur pour le recueil de données. Il a été élaboré après une analyse préalable de la bibliographie en rapport avec notre sujet d'étude, ayant permis de formuler plusieurs postulats. Ceux-ci ont servi de base pour la rédaction de plusieurs questions ouvertes, regroupées en différents grands thèmes. Nous avons veillé à formuler les questions de façon prudente pour ne pas influencer de quelque façon que ce soit les réponses des participant-es (94-96).

Ce guide n'avait pas pour but de diriger le discours des participant-es tel un questionnaire, mais plutôt de les inviter à partager leur récit sur différentes thématiques. Il débutait par une question d'amorce concernant le déroulé de la dernière consultation de soins, afin de créer un climat de confiance.

Cette question étant assez vaste, les réponses étaient fluides et les participant-es abordaient spontanément différents thèmes prévus dans la suite du guide d'entretien. L'investigatrice avait donc une bonne connaissance de celui-ci afin de rebondir efficacement sur les idées développées par les participant-es. Des questions de relance ont été ajoutées pour permettre d'approfondir le développement des thématiques si nécessaire. Pour terminer l'entretien, une question d'ouverture était proposée, permettant aux participant-es d'aborder librement un sujet qui n'aurait pas été proposé au cours de la discussion.

Notre guide d'entretien a été réévalué après réalisation des quatre premiers entretiens. Les propos recueillis ont été jugés informatifs et variés, ce pourquoi ce guide a été conservé pour les entretiens suivants. La version finale du guide d'entretien est présentée en Annexe 2.

2- Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés de décembre 2020 à février 2021. Leur durée a varié en fonction des interrogé-es, s'étendant de 24 à 91 minutes, avec une durée moyenne de 60 minutes par entretien. Ils ont été réalisés au domicile des participantes, l'environnement familial favorisant l'établissement d'une atmosphère de confiance.

Toutefois, certaines interrogé-es ont souhaité le réaliser au domicile de l'investigatrice. De plus, en raison des circonstances sanitaires, quelques entretiens ont dû être réalisés en visioconférence.

Dans un premier temps, étaient rappelés aux participant-es le but de l'étude et le thème général. Nous ne nous étendions pas sur les détails de la recherche afin de ne pas influencer l'entretien à suivre. Ainsi, il était mentionné que le sujet portait sur la santé des femmes, sans en dire davantage, et notamment sans mentionner la notion de « genre » ou « d'inégalité ». Il était expliqué aux participant-es que le sujet de l'étude et les résultats pourraient leur être communiqués à la fin du recueil de toutes les données.

Par ailleurs, le principe d'un entretien semi-dirigé a été expliqué, afin que les participant-es n'hésitent pas à développer leurs idées même si cela sortait du cadre de la question initiale. De plus, il était rappelé que les propos resteraient confidentiels et seraient anonymisés, pour que les participant-es se sentent libres de partager leurs expériences.

Après accord des participant-es (écrit et oral), les entretiens étaient enregistrés intégralement. Le dictaphone était posé à un endroit discret, afin qu'il puisse se faire oublier et que la discussion puisse se dérouler de manière spontanée.

Au cours des entretiens, l'investigatrice a adopté une attitude d'écoute attentive et a essayé d'intervenir le moins possible pour laisser libre court à la parole des participant-es. Son attitude et ses interventions ont cherché à être neutre afin de ne pas influencer leurs discours.

A la fin de l'entretien, une fiche de « contacts utiles » était remise aux participant-es, regroupant les coordonnées des chercheurs ainsi que de plusieurs associations susceptibles de répondre aux questions ou malaises ayant pu émerger à la suite de l'entretien (Annexe 3).

3- Retranscription des données

La durée totale de l'enregistrement audio des entretiens était de 20 heures. Ceux-ci ont été retranscrits dans leur intégralité, mot à mot, sur logiciel de traitement de texte, puis anonymisés.

La retranscription s'est effectuée à l'état « brut », sans adaptation ni correction des fautes de français, pour conserver la spontanéité et le sens premiers des paroles des participant-es. Les hésitations, les silences et les rires ont également été retranscrits (88).

Les entretiens sont classés par ordre chronologique de réalisation et sont désignés par la lettre E suivie d'un chiffre. La notation E1 correspond donc à la première participant-e interrogé-e.

IV- Analyse des données

1- Analyse thématique par théorisation ancrée

Les entretiens, devenus « verbatims »⁷, ont été analysés de façon thématique et intuitive selon le principe de la théorisation ancrée. La posture est dite « phénoménologique », le but n'étant pas de répertorier exhaustivement le point de vue de chacun-e des participant-es, mais de réunir des représentations communes et de les analyser dans leur contexte pour mieux les comprendre (94, 98, 99).

2- Méthodologie du codage

Le codage des verbatims est le processus fondamental de l'analyse thématique. Celui-ci s'est fait manuellement, sur logiciel de traitement de texte et logiciel tableur. Nous n'avons pas utilisé de logiciel d'aide à l'analyse, ceux-ci réalisant plutôt un codage linguistique, mais ne permettant pas une réelle analyse du sens.

Dans un premier temps, nous avons réalisé un codage ouvert, en analysant chaque entretien de manière individuelle. Il s'agissait, après lecture approfondie du verbatim, de relever chaque élément pertinent et porteur de sens, constituant alors un code « ouvert ». Les différentes données recueillies lors de ce codage ont été comparées en permanence, afin de rechercher des similitudes et des différences.

⁷ Les « verbatims » correspondent à la reproduction intégrale des propos prononcés par l'interviewé-e.

Cela nous a permis dans un second temps de classer ces codes en différentes catégories et sous-catégories, correspondant à l'étape du codage « axial » (93, 97-99). Cette classification a évolué au fur et à mesure des relectures et de l'analyse des verbatims, permettant d'enrichir au fur et à mesure notre arbre thématique.

Lorsque plus aucun nouveau code n'émergeait lors de l'analyse d'un nouvel entretien, nous avons estimé avoir atteint la saturation des données.

3- Triangulation de l'analyse

Afin de s'affranchir au moins partiellement d'une limite d'interprétation, les codages ont été triangulés avec les directeurs de thèse (88) (93). Cela a permis de vérifier que la manière de coder de l'enquêtrice était juste et qu'aucun verbatim n'avait été oublié. L'arbre thématique transversal final a également été supervisé et validé par les directeurs de thèses.

V- Méthodologie de la bibliographie

Les recherches bibliographiques pour cette étude ont été réalisées principalement en français et en anglais.

Avant le début de l'étude, elles ont permis de mieux appréhender les données actuelles de la science concernant le sujet, permettant d'élaborer la problématique de recherche, puis les questions du guide d'entretien. Elles se sont ensuite poursuivies après l'analyse des données pour l'interprétation de celles-ci et leurs comparaisons avec les données de la littérature.

Cette phase de recherche a été élaborée à partir de différentes bases de données médicales et sociales : bibliothèques universitaires, portail des thèses SUDOC, DUMAS, Archives Ouvertes HAL, PudMed, EM Premium, Cairn, Persée, OpenEdition. Les principaux mots-clefs utilisés ont été : *médecine générale, santé des femmes, genre, stéréotypes de genre, sexisme, féminisme, violences médicales*. Ces différents termes ont été testés et utilisés séparément ou en association, permettant de dégager un grand nombre de travaux et articles de la littérature scientifique, cités au fur et à mesure de notre travail.

VI- Ethique et Confidentialité

1- Soumission aux Comité informatique et libertés et Comité d'Éthique

Une déclaration au Comité Informatique et Liberté via le délégué à la protection des données de l'Université de Strasbourg a été réalisée en octobre 2020, avec inscription de la thèse au registre de l'université de Strasbourg le 23/10/2020 (Annexe 4).

Une demande d'avis a été effectuée auprès du Comité d'éthique pour la recherche (CER) de l'Université de Strasbourg le 15/11/2020. Celui-ci a émis un avis favorable le 18 décembre 2020, puis un avis définitif le 23/03/2021 (Annexe 5).

2- Formulaire de consentement

Les entretiens se sont déroulés après remise d'une fiche d'information concernant l'objectif de l'étude (Annexe 6) et signature des formulaires de participation et de consentement des participant-es (Annexe 7).

Un accord oral et écrit était également demandé avant l'entretien aux participant-es pour l'enregistrement audio et sa conservation.

3- Anonymisation

L'identité nominative des participant-es a été remplacée par un numéro d'anonymat. Les participant-es sont ainsi désigné-es par la lettre E (pour « entretien ») suivi d'un chiffre spécifique (de 1 à 20) lors de la citation de verbatims.

Par ailleurs, lors de la retranscription écrite de chaque entretien, ont été supprimés et remplacés par la mention « X » : les noms de ville ou tout autre lieu identifiable, les dates ou toute autre donnée temporelle, ainsi que les événements pouvant être identifiables. Le nom de la profession exercée par chaque participant-e a été remplacé par la catégorie professionnelle selon l'INSEE à laquelle elle appartient.

4- Conflits d'intérêts

Les chercheurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en lien avec la présente étude.

RESULTATS DE L'ETUDE

CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

S'agissant d'une étude qualitative, notre échantillon n'a pas pour but d'être représentatif de la population générale de personnes perçu-es comme « femme », mais de refléter sa diversité.

L'âge moyen des participant-es était de 38 ans (variant de 23 ans à 67 ans), avec toutefois une majorité ayant un âge compris entre 20 et 35 ans. Leur niveau d'étude allait du secondaire au supérieur et leurs situations professionnelles étaient variées. Leurs situations familiales étaient également diversifiées ; cependant nous ne leur avons pas demandé leur statut marital, mais seulement si iels habitaient seul-es ou non, et si iels avaient des enfants (données qui nous semblaient importantes pour l'évaluation des notions de « *care* » et de « *charge mentale* »).

L'ensemble des caractéristiques de chaque participant-e est résumé dans le tableau des caractéristiques de l'échantillon présenté en Annexe 8.

Pour contextualiser les verbatims des participant-es, nous nous proposons de décrire brièvement leur histoire médicale et contexte de vie, non explicité dans le tableau général des caractéristiques :

Participante E1 (29 ans) : *N'ayant pas de problèmes de santé particulier, l'entretien s'est essentiellement focalisé sur la thématique de la contraception, le suivi de ses grossesses, ses accouchements ainsi que son vécu de la maternité. Ses 3 enfants sont nés à domicile avec l'aide de sa sage-femme libérale, qu'elle affectionne tout particulièrement.*

Participant E2 (63 ans) : Son parcours médical a été rythmée par 2 grossesses, dont la dernière a été compliquée d'hémorragies et de prématurité, ce qu'elle a vécu difficilement. Elle a par ailleurs été opérée il y a quelques années d'une hystérectomie en raison d'un prolapsus invalidant. Elle souffre actuellement essentiellement d'une douleur subaiguë du genou, en cours de bilan par sa médecin généraliste et son rhumatologue. Par ailleurs, elle rapporte avoir subies des violences familiales pendant son enfance.

Participant-e E3 (27 ans) : Au cours de l'entretien, iel évoquera plus particulièrement les difficultés qu'iel rencontre avec le milieu de soin en étant une personne transmasculine. Concernant son suivi médical, iel abordera principalement la thématique de la contraception, son expérience d'IVG, ainsi que son suivi psychiatrique. Iel souffre en effet d'un syndrome anxio-dépressif, probablement associé à un trouble bipolaire (en cours de diagnostic par son psychiatre lors de notre entretien).

Participant E4 (29 ans) : Son histoire médicale tourne essentiellement autour d'une douleur invalidante du genou, apparue progressivement depuis son enfance, pour laquelle elle a été opérée il y a quelques années. Concernant son suivi gynécologique, elle souffre d'un syndrome des ovaires polykystiques et d'une infection à l'HPV, pour laquelle une conisation est programmée peu après notre entretien. Par ailleurs, elle nous parlera de son non-désir de maternité. Elle évoquera après l'entretien avoir été victime de violences sexuelles dans le passé.

Participant E5 (29 ans) : Son parcours médical est essentiellement marqué par des douleurs menstruelles chroniques intenses, pour lesquelles une endométriose est actuellement suspectée. Elle nous parlera par ailleurs des difficultés à recevoir des informations médicales adéquates de la part des professionnel·les de santé du fait de son homosexualité. Enfin, elle semble particulièrement active dans le soutien des femmes victimes de violences, notamment par son bénévolat au sein d'un planning familial. Elle expliquera avoir elle-même été victime de violences sexuelles dans le passé.

Participante E6 (59 ans) : Souffrant d'un trouble bipolaire de type 2 très invalidant, elle est en arrêt de travail depuis 3 mois. Cette pathologie est suivie par son médecin généraliste, remplissant parfaitement selon elle le rôle d'un psychiatre. Concernant le domaine gynéco-obstétrical, elle abordera son parcours contraceptif, son IVG, ainsi que son suivi de grossesse et son accouchement. Par ailleurs, elle nous parlera de son vécu de la ménopause.

Participante E7 (26 ans) : Elle souffre d'une scoliose depuis l'enfance, ainsi que de troubles lombaires chroniques. Elle est actuellement suivie auprès d'un neurologue en raison d'une sciatique. Elle a par ailleurs été opérée plusieurs fois d'un genou. Concernant son suivi gynécologique, elle abordera la thématique de la contraception ainsi que le SOPK dont elle est atteinte. Ayant habité à l'étranger dans un pays anglophone, elle comparera les différences de prise en charge entre nos deux pays, notamment en ce qui concerne la prescription de contraception.

Participante E8 (31 ans) : Son histoire médicale est marquée essentiellement par des troubles ORL ayant nécessité plusieurs opérations, ainsi que par une longue prise en charge de rééducation par un kinésithérapeute concernant des troubles musculo-squelettiques et un rhumatisme psoriasique. Elle affectionne particulièrement ce kinésithérapeute, qui lui aurait redonné confiance envers le milieu soignant. Concernant le domaine de la gynécologie, elle parlera avant tout de la contraception.

Participante E9 (33 ans) : N'ayant pas de problèmes de santé particulier, elle nous parlera essentiellement de son parcours gynéco-obstétrical, en abordant la thématique de la contraception, son suivi de grossesse par une sage-femme libérale, ses accouchements, ainsi que son vécu de la maternité.

Participante E10 (52 ans) : Elle nous expliquera consulter très peu le milieu médical, mis à part à l'occasion des dépistages gynécologiques qui lui semblent importants. Elle nous parlera donc essentiellement de son parcours contraceptif, de ses grossesses, ainsi que de son vécu de la maternité et de sa récente ménopause. Elle évoquera avec beaucoup de pudeur avoir été victime de violences sexuelles intra et extra-familiales durant son enfance.

Participant E11 (26 ans) : N'ayant pas de problèmes de santé particulier, elle nous parlera essentiellement de ses choix contraceptifs et de sa sexualité. Elle s'inquiète par ailleurs concernant une possible future ménopause précoce, comme le sont atteintes les autres femmes de sa famille. En effet, elle « rêverait » de devenir mère.

Participant E12 (49 ans) : Elle nous parlera principalement de sa longue errance médicale (près de 15 ans) avant que les médecins lui diagnostic sa sclérose en plaques. Malgré un traitement actuel par immunosuppresseurs, sa maladie reste très handicapante au quotidien, ce pourquoi elle est à présent en invalidité. Concernant le suivi gynécologique, elle abordera son parcours contraceptif et son suivi de grossesse. Par ailleurs, elle rapporte avoir été victime de violences familiales pendant l'enfance, ainsi qu'à l'âge adulte avec son premier mari.

Participant E13 (24 ans) : Son histoire médicale s'est surtout focalisée sur ses céphalées chroniques invalidantes et crises de migraine, pour lesquelles elle n'a pas encore trouver de solutions, bien qu'elle ait consulté de nombreux soignant-es (médecins généralistes, neurologues, acupuncteur, psychologue, psychiatre, kinésithérapeutes, et ostéopathes). Par ailleurs, elle nous parlera de son parcours contraceptif.

Participant E14 (57 ans) : Atteinte d'un maladie orpheline (mastocytose systémique), elle nous parlera de sa longue errance médicale, de son suivi actuel, mais aussi des difficultés rencontrées au quotidien liées à cette pathologie. Par ailleurs, elle est suivie depuis sa première grossesse par une gynécologue, qui la connaît donc très bien à présent, ce qu'elle semble particulièrement apprécier. Elle abordera également la thématique de la contraception et son vécu de la ménopause.

Participant E15 (23 ans) : Étant amenée à beaucoup déménager dans le cadre de ses études, elle explique avoir consulté divers médecins généralistes. Son histoire médicale est marquée par des douleurs abdominales chroniques en cours d'investigation chez une gastro-entérologue, ainsi que de troubles alimentaires restrictifs. Elle nous parlera par ailleurs de ses choix contraceptifs et de son non-désir de maternité.

Participante E16 (25 ans) : Lors de l'entretien, elle apportera une importance particulière aux violences sexuelles qu'elle a vécues dans le passé et au fait d'être ainsi actuellement dans un processus de « reconnexion » à son corps. Elle rapportera un antécédent de troubles alimentaires à type d'hyperphagie. N'ayant pas de problèmes de santé particulier actuellement, elle nous parlera par ailleurs surtout de son parcours contraceptif.

Participante E17 (40 ans) : Elle a été essentiellement suivie dans le cadre d'un parcours de PMA, suite auquel aucune grossesse n'est arrivée à terme. Elle parlera par ailleurs essentiellement de la thématique de la contraception et de la sexualité, ne souffrant pas de pathologies particulières.

Participante E18 (67 ans) : Elle est en cours de bilan d'une douleur rhumatologique de l'épaule. Concernant son parcours gynécologique, elle nous parlera de son ancienne contraception, d'un antécédent de conisation, ainsi que d'un nodule du sein actuellement en surveillance simple. Par ailleurs, elle nous a expliqué son choix de ne pas avoir d'enfants.

Participante E19 (28 ans) : Étant amenée à beaucoup déménager dans le cadre de ses études, elle explique avoir consulté divers médecins généralistes. N'ayant pas de problèmes de santé particulier, l'entretien s'est essentiellement focalisé sur son expérience d'IVG ainsi que sur son vécu de la contraception.

Participante E20 (46 ans) : Son suivi médical est essentiellement gynéco-obstétrical. Elle nous parlera de sa contraception et de ses grossesses. Par ailleurs, elle explique avoir souffert de plusieurs pneumothorax pour lesquels elle estime avoir subi un retard de diagnostic. Elle expliquera enfin avoir été victime de violences à type de harcèlement à son ancien lieu de travail.

ANALYSE DES RESULTATS

Au cours des entretiens, les participant-es nous ont partagé leurs ressentis au sujet de leur rapport à leur corps et à leur santé, mais également leurs expériences de soins et leurs relations avec les soignant-es. Dans ce travail, nous proposons d'analyser ces diverses expériences à travers le spectre des **représentations socio-culturelles de la « féminité »**, dans le but de dégager **les violences vécues dans leurs parcours de soins** qui découlent de ces stéréotypes genrés.

Tandis que certain-es participant-es pensent que ces stéréotypes n'influencent pas le comportement des soignant-es envers iels et la prise en charge médicale, d'autres s'interrogent sur une possible disparité en raison de leur genre, en comparaison aux patients masculins.

Ainsi, pour certain-es le **milieu de soin est perçu comme neutre**, assurant une prise en charge égalitaire quel que soit le genre du ou de la patient-e : « *Je me dis... le médecin, il a affaire à une personne malade, et je n' imagine même pas une seconde que le médecin se dise, euh : « C'est un homme ou c'est une femme ! » »* (E2). La participant-e E20 rajoute que « *sa réaction ou son comportement va être le même je pense. [...] Sinon ce serait inquiétant quoi (Rires) !* ». Iels se demandent toutefois si cette prise en charge indifférenciée selon le genre est une bonne chose ou non : « *J'ai jamais eu l'impression d'être reçue comme une femme. [...] Est-ce que c'est bien, pas bien, je sais pas.* » (E18).

Pour d'autres, il peut exister une **différence de prise en charge**, mais qui est jugée **nécessaire** étant donné les **différences anatomiques** entre les deux sexes : « *Ben... oui... forcément un homme et une femme, c'est pas constitué pareil.* » (E6). Les organes génitaux féminins confèreraient aux femmes des **risques majorés** concernant leur santé : « *On a des risques que n'ont pas les hommes.* » (19). La participante E6 va plus loin. Pour elle, les hommes et les femmes présentent des **caractéristiques psychologiques différentes** nécessitant une adaptation relationnelle du médecin : « *[...] à mes yeux c'est normal. Très vite, le docteur doit cerner la psychologie, il doit cerner l'humain ! Elle est différente parce que l'homme est homme, et la femme est la femme !* ».

Alors que les propos précédents révèlent le sentiment d'une prise en charge adaptée des problématiques spécifiques aux femmes, d'autres interrogé-es, comme la participante E5, sont moins confiant-es. En ce qui concerne les pathologies touchant femmes et hommes, les soins prodigués seraient, selon elle, identiques quel que soit le genre. Au contraire, une **différence de traitement** pourrait se retrouver dès lors qu'il s'agit de **problématiques spécifiques aux femmes** : « [...] je ne peux pas être tranquille, si ce n'est d'avoir super sélectionné et croisé les doigts sur les médecins que je vais consulter, que je serai aussi bien prise en charge que les hommes, qui n'ont pas les mêmes pathologies, les mêmes demandes etc. »

Au contraire, une grande partie des participant-es pensent souffrir d'une **discrimination genrée dans l'ensemble de leur parcours de soin**. Iels font le parallèle avec les discriminations vécues d'une manière générale dans leur vie quotidienne et pensent que celles-ci se répercutent d'une façon inconsciente dans la relation de soins, en raison de **stéréotypes et a priori socioculturels non déconstruits chez certain-es soignant-es** : « Ben pour ça, j'aimerais bien être un homme le temps d'une journée, voir tous ces médecins. [...] Je me dis que oui, on te traite différemment parce que de toute façon dans la société on te traite différemment ! Quand t'es une femme. » (E11). La participante E17 pense ainsi que les médecins ne voient pas « le patient comme un être humain, mais comme un être humain ET comme une femme, ET comme un homme, avec déjà tous ces... tous ces préjugés... de... de... culturels, éducatifs, etc. C'est sûr ! »

I- Identité de « femme » : l'influence de la socialisation

Les représentations socio-culturelles de la « féminité » jouent un rôle essentiel au sein de la relation de soins, si bien que se dégagent du discours des participant-es de nombreux **stéréotypes concernant l'identité de « femme » véhiculés par les soignant-es**. Alors que certain-es interrogé-es ont internalisé ces stéréotypes et semblent y adhérer, d'autres sont conscient-es de **l'influence sociétale**, notamment **judéo-chrétienne**, sur leurs identités et leurs corps.

1- La femme : un être inférieur et fragile

a) Un « homme manqué »⁸

Plusieurs participant·es s'indignent au sujet de la **construction des savoirs médicaux**, qui sembleraient s'être élaborée à partir du **corps masculin, assimilé à la norme**, renvoyant alors les femmes à une simple copie « ratée » : « *Ça semble avoir été généralisé, comme si les symptômes de l'homme, c'étaient les symptômes de tout le monde, alors que genre l'homme c'est la moitié de la population, tu vois !* » (E4). Les **symptômes féminins** des diverses pathologies seraient alors souvent **méconnus** : « *Les symptômes de la femme, on les connaît pas du tout !* » (E4), et continueraient d'être **moins bien enseignés dans les universités** : « *J'ai entendu dire que [...] en faculté de médecine on enseignait un petit peu moins aux étudiants [...] les symptômes féminins de certaines maladies, par exemple.* » (E13).

Ainsi, les femmes pourraient être **désavantagées pour le diagnostic de certaines pathologies** lorsque les symptômes qu'elles présentent ne correspondent pas à ceux décrits chez les hommes.

Ils prennent l'exemple des **maladies cardiovasculaires**, de plus en plus médiatisé, et s'interrogent sur un possible **retard de prise en charge** qui pourrait en découler : « *Est-ce que la gravité de son état sera vraiment pris en compte, vu qu'en fait elle aura des symptômes qui ne sont pas du tout reconnus comme étant ceux de...* » (E4), « *une femme euh... pourrait être moins bien prise en charge qu'un homme, euh... par la médecine, puisque si on reconnaît pas aussi bien les symptômes d'une crise cardiaque, peut-être qu'on peut passer à côté de certaines choses !* » (E13).

La participante E4 fait ce constat pour l'**autisme** également : « *Pendant longtemps, on a cru qu'il y a que les hommes qui pouvaient être autistes [...] Les caractéristiques de l'autisme, c'est des caractéristiques typiquement masculines, mais ça ne veut pas dire qu'une femme autiste va avoir les mêmes caractéristiques, et euh... J'ai lu beaucoup de témoignages de femmes qui avaient été diagnostiquées autistes très tardivement, à cause de ça justement.* »

⁸ Durant l'Antiquité, les philosophes et médecins considéraient les femmes comme des « hommes manqués », c'est-à-dire qu'elles étaient perçues comme impuissantes, incomplètes et imparfaites en comparaison des hommes.

Enfin, **les pathologies exclusivement féminines** sont perçues par les participant·es comme **moins bien connues des soignant·es et moins étudiées par la recherche scientifique** : « *Pourquoi les femmes ont leurs règles depuis 3000 ans et on est pas foutu de leur donner des solutions, alors que y'a du viagra depuis je sais plus quelle année ?! Voilà... [...] Les moyens de recherche ne sont pas mis de manière égale entre les hommes et les femmes.* » (E5). Iels citent par exemple les **méconnaissances autour du Syndrome des Ovaires Polykystiques (SOPK) ou de l'endométriose** : « *Moi j'ai un SOPK, apparemment on sait même pas vraiment ce que c'est, ni ce qui le cause. Tout à coup ça disparaît, on sait pas pourquoi. Ou l'endométriose, ça touche apparemment vachement de femmes, c'est horrible, si j'ai bien compris en termes de douleurs, mais en fait on en a juste rien à battre ! Y'a aucune étude qui sont faites, ou peut être que y'en a mais elles sont minimes, [...] alors que c'est des choses qui touchent énormément de personnes !* » (E4).

b) Légitimité de la parole féminine

Quasiment la totalité des participant·es a rencontré une situation de soins dans laquelle le ou la praticien·ne a mis leur **parole en doute**, notamment lors de l'exposition de leurs symptômes physiques : « *J'arrivais plus à tendre la jambe [...] et dès que j'essayais ça me faisait super mal. Et je lui ai parlé de ça, et en fait, ça, il a toujours nié. Il m'a dit : « C'est pas vrai, vous avez aucun problème ! ». [...] ça m'a pourri la vie, [...] j'avais un problème que personne reconnaissait que j'avais quoi !* » (E4).

Leurs ressentis corporels sembleraient ne pas être suffisamment fiables et sont donc **parfois perçus comme exagérés**, si bien que certain·es soignant·es vérifieraient les propos des participant·es auprès de leurs accompagnants masculins : « *De l'éternel : « Mais vous êtes sûre ? » Euh ?! « Mais quand vous dites que ça fait mal... ça fait vraiment très mal ou... ? » (Rires) [...] Et de voir le regard du praticien en face, qui vérifie sur le visage de mon compagnon, si ce que je dis est vrai ! Voilà ! Juste vérifier que j'étais pas en train d'exagérer ou quelque chose. Mais ?! Pourquoi lui il serait plus fiable que moi en fait ? Enfin, c'est mes symptômes, c'est moi qui les ressens, c'est... Et c'est un peu désespérant à un moment donné ! Bon ben ok, la prochaine fois je ramène mon père ou mon tuteur, ou quoi que ce soit, c'est bon comme ça ce que je dis sera bien entendu ? (Rires)* » (E8).

Se dégage alors le sentiment d'être **moins bien écouté-es et pris-es aux sérieux** que les patients masculins :
« Je pense qu'il y a un traitement qui est différent clairement, dans la prise en charge... dans le crédit que peut-être tu accordes à la parole du patient. A un patient qui se plaint. » (E4).

Tantôt, il s'agit de leurs récits d'une manière générale qui s'avère être remis en question. Les participant-es ne se sentent alors **pas entendu-es dans leur singularité**. Iels peuvent parfois se sentir comme trahi-es par un-e soignant-e. qui interprète leurs discours d'une façon erronée : *« [...] ça me faisait juste violence en fait. J'avais l'impression de ne pas être écouté, de ne pas être réellement entendu, que mes propos été déformés ou interprétés d'une autre manière ! »* (E3), *« J'ai trouvé ça juste odieux ! Il a pas, quel que soit mon état, déjà il a pas à interpréter, puisqu'en plus clairement il a mal interprété mon angoisse ! »* (E4).

Ce **manque de considération** dont les participant-es font l'expérience dans la relation de soins se rapprocheraient de leur vécu général, en tant que personne perçu-e comme femme, au sein des interactions sociales : *« Pour moi ça reflète la société de façon générale, à savoir que on est moins écoutées, notre avis n'est pas pris en compte [...] Donc voilà, je pense que ça se retraduit aussi du point de vue médical. »* (E19)

c) **« L'hystérie féminine »⁹ : entre hypersensibilité et psychosomatisation**

La dévalorisation des personnes perçues comme « femme » sous l'étiquette « **d'hystérique** » semble persister, encore aujourd'hui, dans les représentations collectives : *« On dira plutôt qu'une femme, je sais pas... euh... elle est bavarde, douce, elle peut-être un peu hystérique, enfin... des... des gros clichés débiles. »* (E17). Les participant-es pensent de façon quasi-unanime que cette notion se faufile jusque dans leur prise en charge médicale.

9 « Les médecins de l'Antiquité, dans le sillage d'Hippocrate, voit dans l'hystérie une maladie organique d'origine utérine, faisant de cette pathologie l'apanage de la femme, dont l'intégralité du corps est affectée par les suffocations de la matrice. Au Moyen-Âge les convulsions du corps féminin deviennent l'expression d'une possession diabolique qui mène au bûcher ; la femme hystérique s'est transformée en sorcière. » (302).

L'interrogé-e E5 pense que si les médecins minimisent les propos de leurs patient-es femmes, c'est qu'ils considèrent que : « *Les femmes si elle se plaignent trop, elles sont hystériques, folles, et donc elles ont qu'à se débrouiller toutes seules !* ».

L'idée d'une « **sensibilité accrue** » est un autre stéréotype fréquemment relevé par les participant-es lorsqu'ils évoquent le fait de **ne pas être pris-es aux sérieux** par les soignant-es : « *On va leur dire « Oui, mais de base, vous êtes plus sensibles ! ». Enfin y'a vraiment cette idée, [...] vu qu'on est du domaine de l'empathie, qu'on est du domaine du sensible, ben... on va être remise en question peut-être.* » (E16).

La participante E14 pense par ailleurs que **l'hypochondrie et la somatisation** sont perçues comme étant le propre des femmes : « *C'est-à-dire qu'on entend plus souvent parler de femmes euh... [...] hypocondriaque ! Et c'est une image que je me fais de ce que j'ai pu entendre ou, entendre dire hein, et que... et qu'on somatise. Voilà que les femmes somatisent beaucoup plus que l'homme.* »

Il en découle que les participant-es se voient régulièrement accuser de s'inventer des symptômes. Les termes « **C'est dans votre tête** » reviendront dans une grande partie des entretiens : « *Le gynécologue m'a dit que c'était dans ma tête quoi ! Que lui il voyait rien, j'avais fait une écho je crois, euh, il m'avait ausculté plusieurs fois et il m'a dit : « Vous avez rien quoi... faut... il faut aller voir un psy et ça ira mieux quoi. [...] Qu'on te dise : « Vas voir un psy » ! Alors que tu as mal physiquement, euh, ça te brûle et tout, et on te dit : « Va voir un psy ! » » (E1).*

Parfois, cette minimisation des symptômes a pu entraîner un **retard de diagnostic** : « *J'ai dit à mon médecin : « C'est bizarre, j'ai des douleurs dans le poumon ! » J'ai dit quand même plusieurs fois ! Après, là c'était... c'était style : « Bon celle-là, qu'est-ce qu'elle raconte ! On en a rien à faire ! » Sauf que à un moment donné, j'ai quand même eu des pneumothorax ! Donc euh... Voilà... je veux dire... ça aurait été pris au sérieux dès le début... !» (E20), voire une longue **errance médicale**, comme pour la participante E12, dont la sclérose en plaques a mis près de 15 ans à être diagnostiquée : « *Comme ils voyaient jamais rien... parce que sur des radios, la sclérose en plaque, on ne voit rien, il faut faire une IRM ! [...] Donc ils me disaient « Euh... Vous fabulez ! ». Et donc ça, ça a duré... ça a duré, ben... beaucoup de médecins (Rires) et très longtemps ! [...] Tout**

ce qui est « perte de marche » en fait... ils pensaient que c'était euh... que je me créais un problème, voilà !
[...] Il y en a certains qui étaient vraiment culpabilisants, genre : « Non c'est votre faute...C'est vous qui...
C'est dans votre tête... C'est vous qui inventez ce truc-là ! » » (E12).

Il arrive également que les soigné-es, comme l'interrogé-e E14, finissent iels-mêmes par penser que leurs symptômes ne sont pas réels, ce qui peut les conduire à **retarder le recours aux soins** : « Je suis restée très longtemps en errance médicale. Même suite à cette grosse poussée hein... j'ai presque accepté euh... ben que oui c'était peut-être dans ma tête, peut-être que c'était quelque chose qui était lié à mon enfance, voilà. J'ai accepté ce qu'on me disait en fait. [...] Et moi j'ai... j'ai longtemps pensé que je somatisais ! » [Concernant une mastocytose systémique non encore diagnostiquée]

d) Le stress, un mal féminin ?

La majeure partie des participant-es ont par ailleurs l'impression d'être **sans cesse qualifié-es de « stressé-e » par les soignant-es** : « On nous colle une étiquette « stressée », c'est sûr à 100%, c'est TOUT LE TEMPS comme ça ! » (E15).

Certain-es se désolent alors de la prise en charge médicale, qu'iels trouvent légère, lorsque leurs symptômes sont mis sous le compte du stress sans qu'aucun examen n'ai été réalisé, ni traitement prescrit : « A chaque fois, on a mis toujours tout sur le stress, sur le stress, sur le stress, mais on va pas plus loin ! » (E10), « J'ai constaté que le stress était un facteur aggravant de...de mes migraines. Mais beaucoup de médecins utilisaient le stress pour ne pas prendre au sérieux en fait... pour ne pas euh...voilà, traiter en fait mes migraines. » (E13). La participante E10 semble cependant avoir enfin trouvé un médecin qui prendrait ses symptômes au sérieux : « Par exemple, j'ai eu des douleurs [abdominales] et tout ça, j'avais des crises et tout ça. Ben de suite, [...] si je compare à un autre médecin, [...] il a pas dit : « C'est le stress »! Il a dit : « On va faire une échographie, on va voir si jamais y'a quelque chose ». Lui il est très bien pour ça. [...] Bon après c'est pas pour faire des examens ou quoi, mais bon voilà, quand tu te tords de douleur ! Mais il a pris le truc au sérieux ! Voilà. Parce que c'est pas la première fois que je me plaignais... »

De plus, certain-es des interrogé-es ont l'impression que les médecins prescrivent **trop fréquemment des traitements médicamenteux (antidépresseurs et anxiolytiques)** aux patient-es « femmes », lorsque celles-ci présentent des symptômes d'origine psychologiques : *« Bon elle avait mal quelque part... mais vu que c'était... beaucoup psychologique, suite au décès de son mari, d'accord, elle est tombée en dépression, d'accord... mais pour s'en débarrasser, ben il envoyait des cachets ! »* (E10).

Les participant-es ont donc exprimé ressentir un **préjugé concernant les femmes**, à qui l'on attribuerait fréquemment des **troubles d'ordre psychologique**. Cela conduirait parfois à un diagnostic psychiatrique erroné, comme chez la participante E14 à qui l'on a parlé d'anorexie mentale devant une perte de poids importante inexplicée, alors qu'elle souffre d'une maladie immunitaire non-encore diagnostiquée (mastocytose systémique) : *« J'ai eu le droit aussi a des remarques désobligeantes de certains médecins, euh... Un médecin interniste à l'hôpital, un grand monsieur, un grand homme, qui pensait que je faisais de l'anorexie mentale, vous voyez ? Ou de chercher dans mon enfance ! C'est pas simple, c'est pas simple du tout. [...] Et il a dit à mon mari [...] : « Bon courage ! » Et ça, ça m'a... ça m'a choqué, ça a choqué mon mari. C'est vraiment dur à.... voilà. »*

e) Fragilité et faiblesse féminine

Outre le doute sur la crédibilité des femmes et de leurs symptômes que nous venons d'exposer, le **mythe de la faiblesse** perdure dans notre société, si bien qu'il continue de s'immiscer dans les soins : *« Je pense qu'on est vraiment empreint d'un truc du chrétien à mort : "Le corps féminin c'est la faiblesse, c'est... le corps féminin, c'est la tentation et donc la faiblesse »* (E16).

Une **minimisation de leurs plaintes douloureuses** est de ce fait rapportée par la grande majorité des participant-es qui se voient souvent qualifié-es négativement de « **chochottes** » par les soignant-es : *« Il m'appuyait, il m'a fait SUUUUPER mal, donc je disais que j'avais mal... il me disait : « Oh mais, grosso modo, faites pas la chochette, euh, j'ai besoin de voir c'est important ! » [...] Mais j'ai eu mal pendant une semaine après à l'endroit où il m'appuyait... comme si j'avais eu un bleu au ventre, c'était... c'était horrible ! »* [Lors

d'une échographie obstétricale] (E1), « Il me regarde et il me dit : « Ouais, enfin il faudrait peut-être arrêter de faire la chochette ! » (Rires) [...] Enfin je sais pas, c'est quoi ce truc ? [...] Il appuie super fort dessus et il me dit que je suis une chochette parce que ça me fait mal ! Enfin c'est inacceptable ! » [Au sujet d'une suture d'une plaie de la main] (E4).

Cependant, la participante E4 se demande si un patient homme ne pourrait pas souffrir également de stéréotypes négatifs lorsqu'il se plaint de douleurs, étant donné les **constructions sociales autour de la « force » des hommes** : « Est-ce qu'il aurait dit ça à un mec aussi ? Ah quoi que, peut-être il aurait dit ça à un mec en pire... parce qu'un mec qui se plaint c'est encore plus mal vu qu'une meuf qui se plaint. » Elle se dit finalement que peut-être, au contraire, les soignant-es l'auraient cru davantage : « Ou alors, il aurait plus pris au sérieux, en se disant : « Ah, c'est que ça doit vraiment être douloureux, parce qu'un mec qui se plaint quand même, c'est rare ! » ».

Leurs plaintes douloureuses n'étant pas estimées à leur niveau réel, **la prise en charge antalgique peut rester insuffisante** : « C'est pas souvent vraiment pris en considération. Et euh... Ou alors c'est du : « Oui oui ! » devant, et quand je regarde l'ordonnance, c'est... euh pas loin du placebo en fait ! » (E8), « J'ai l'impression qu'on me donne un sucre et qu'on me dit « Rentre chez toi ! » » (E15).

De ce manque de considération et de compréhension des soignant-es concernant leurs douleurs physiques peut survenir une réelle souffrance psychique mais aussi un **sentiment de désarroi**. L'absence de solution antalgique adéquate donne en effet à plusieurs participant-es l'impression d'être laissé-es pour compte : « Au bout d'un moment, c'est super fatiguant, aussi moralement, même si c'est pas une douleur [du genou] qui était insurmontable [...]. Personne n'a jamais de solution pour toi ! » (E4), « Je me suis plainte de mes maux de tête, j'en suis ressortie vraiment en pleurs, parce que ça a été assez... violent pour moi, parce que... J'étais vraiment en ... en souffrance et euh.... On m'a pas écoutée quoi ! » (E13).

f) « Tu enfanteras dans la douleur »¹⁰

Quand on parle de plaintes douloureuses, un grand nombre de participant-es évoquent rapidement leurs **menstruations, véritables « épreuves » mensuelles douloureuses**, parfois de façon très intense : « *J'ai eu des douleurs de règles mais ABOMINABLES, vraiment c'était... comme beaucoup de femmes, c'était vraiment une épreuve pas possible.* » (E16), « *La semaine de mes règles, j'étais couchée, 40 de fièvre, mal au ventre, et impossible de tenir debout. Je faisais trois pas, je me pliais en deux, trois pas, je me pliais en deux.* » (E12).

Un flou semble cependant exister sur l'intensité des douleurs menstruelles qui peuvent être ressenties par les personnes de sexe féminin, ce que la participante E5 explique par « *une non-maitrise de c'est quoi le niveau de douleurs, [...] une espèce de niveau aveugle, à partir de ce niveau-là de douleurs, on maîtrise pas, on se rend plus compte, donc ça compte pas plus que...* ».

Elle explique alors comment ses douleurs menstruelles ont pu être **sous-évaluées, voire dénigrées** par certains soignant-es au cours de son parcours : « *Je passe sur tous les médecins généralistes, euh... j'allais dire « homme », et vu plus en amont dans mon parcours, euh... qui me prescrivait juste doliprane et débrouillez-vous ! Et qui, quand tu allais à 15-16 ans chez le médecin, tellement pliée en deux de douleurs, en disant « Là, je peux pas aller à l'école. », on disait à mes parents : « Elle abuse, en vrai, elle vient juste chercher un certificat pour rester tranquille chez elle ! ».* Elle ajoutera plus tard dans l'entretien : « *Je devais avoir entre 18 et 20 ans, et je suis une fois tombée sur un gynéco, qui lorsque je lui explique la situation, me répond avec la bonne blague franchouillarde qui va bien : « Ah mais faut faire des enfants, ça ira mieux après ! » Point, Au revoir, le rendez-vous est bouclé ! »*

Ces réactions laissent donc penser que le **corps féminin serait naturellement soumis à la douleur**, et que les femmes devraient faire avec : « *J'en discutais aussi avec une amie qui avait, elle, eu beaucoup beaucoup de douleur au niveau ben gynéco, et en fait, elle avait eu une gynécologue qui lui avait dit que ben de toute*

¹⁰ Cela fait référence à la représentation historique et religieuse de la souffrance « naturelle » attribuée au corps féminin, perceptible dans l'histoire du « péché originel » : « *Avant de les chasser du paradis, l'Éternel dit à la femme : J'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur, et tes désirs se porteront vers ton mari, mais il dominera sur toi* » (Genèse 3, 16) (329).

façon, c'était normal d'avoir mal ! Elle avait changé de gynéco, elle est tombée sur un homme, et par contre, elle m'a dit : « Ce gynéco-là, exceptionnel ! ». Il lui a fait des examens pour l'endométriose, donc euh... il était au courant de cette maladie-là. » (E7).

La **longue méconnaissance de l'endométriose** serait ainsi, expliquée par la moindre considération des douleurs menstruelles par la médecine pendant des siècles : *« Puis à l'époque, on parlait pas d'endométriose et tout ça, on en parlait pas ! [...] Voilà quoi. "C'est pas grave, c'est les règles, c'est normal, t'es une femme" OOOK (rires) ! » (E12), « Par exemple, le cas de l'endométriose... On a souvent pensé que c'était normal d'avoir très mal pendant les règles, euh... » (E13).*

g) Un adultisme¹¹ projeté sur les femmes

Pour finir cette partie sur la soi-disant « infériorité » des femmes par rapports aux hommes, parlons du **sentiment d'infantilisation**, à laquelle les participant·es ont l'intuition d'être plus sujet·tes que les patients masculins : *« Je me suis sentie vraiment très infantilisée. [...] J'ai l'intuition en tout cas que... on se serait pas comporté comme ça avec un homme. » (E13).* Encore une fois, c'est en comparaison avec les expériences de la vie quotidienne qu'iels font cette constatation : *« Quand c'est des hommes [médecins] en général, euh... il y a quand même ce côté infantilisant, euh... dont ils se rendent pas compte s'ils se sont pas déconstruits sur... sur tout ça. [...] On se permet plus de choses avec les femmes en général de... comme dit, leur dire certaines choses d'une certaine manière, [...] de les traiter comme des enfants, comme si elle n'avait aucun savoir, euh... comme si elles avaient besoin d'être recadrées ou autres. [...] On est un peu tout le temps traité·e comme une gentille petite fille [...] quand les gens nous identifient comme femme quoi ! » (E3).*

Cette infantilisation, et la **notion d'immaturation** qui s'y rattachent, ressort particulièrement dans les **termes linguistiques utilisés**, parfois par les participant·es iels-mêmes, qui semblent donc les avoir internalisé.

¹¹ La notion d'adultisme fait référence aux « comportements et attitudes fondées sur l'hypothèse que les adultes sont meilleurs que les jeunes, qu'ils savent forcément mieux ; mais également qu'il est acceptable de traiter les enfants de façon irrespectueuse, d'une manière dont un adulte ne serait pas traité dans des circonstances similaires. » (330)

En effet, le mot « fille » est souvent spontanément utilisé pour parler des « femmes » (iels se corrigent dans un second temps), alors que celui de « garçon » n'est jamais prononcé : « *L'homme va faire autant que la fille... ou du moins la femme.* » (E10), « *Mais je trouve, plus entre filles de mon âge, enfin femmes de mon âge.* » (E15).

Certain-es participant-es rapportent une **infantilisation similaire de la part de soignant-es**, comme par exemple, une gynécologue : « *Pendant un temps j'étais vraiment hyper régulière au niveau de mes cycles [menstruels], et voilà, je lui en ai fait part. [...] Et elle me dit : « Ah ben oui, vous êtes une grande fille maintenant ! C'est normal ! » » (E8).*

La participante E6 témoigne quant à elle du discours d'un médecin généraliste qu'elle avait consulté dans le cadre de son trouble bipolaire : « *Ce monsieur m'a reçu une heure, je pleurais comme une madeleine, et il m'a secoué ! Il m'a dit : « Ma petite, il faudrait arrêter de faire l'imbécile quand même ! Tu vas voir les plus grands et tu écoutes personne ! » [...] Ouais, il m'a tutoyé, il m'a parlé comme une petite fille, il m'a dit : « Il faudrait que tu arrêtes de faire la petite fille ! » ».* Cependant, elle semble ne **pas remettre en question son attitude** et en parle même comme d'un « sauveur » : « *J'ai accepté mon traitement grâce à lui, il a trouvé les mots justes ! [...] C'est comme si ces mots ont été un peu magiques pour moi, [...] je le remercie du fond du cœur, [...] même de m'avoir secoué ! ».*

L'utilisation de **termes enfantins** par certain-es soignant-es en est un autre exemple : « *J'ai une amie à qui elle disait, pour l'examen des seins : « Maintenant on va examiner les nénéés ! » Bon... Pour quelqu'un qui a plus de 25 ans, c'est quand même bizarre ! (Rires) » (E19).*

Plus que le vocabulaire utilisé par les soignant-es, les participant-es sont parfois confronté-es à des **gestes, qui rappellent l'attitude maternelle/paternelle** que l'on pourrait avoir avec un enfant : « *Il a quand même fini la consultation en me tapotant la tête comme un petit enfant en mode : « Ça y est c'est passé quoi ! » (Rires) [...] Même si ça se voulait peut-être rassurant et amical de sa part et tout, mais en fait... c'est juste infantilisant quoi.* » (E3), « *Là y'a le gynéco du planning familial qui est entré et qui m'a pris la joue, comme ils font les*

petits vieux là, genre : « Ah ben on se verra bientôt alors Mademoiselle ! » Et du coup, j'y suis absolument jamais retourné là-bas, parce que j'ai trouvé ça horrible (rires) ! » (E4).

Cet **adultisme sociétal** transféré sur les personnes perçues comme femmes, alors considérées comme des « enfants », amène à penser qu'iels ne seraient pas en mesure de prendre les bonnes décisions les concernant. Ainsi, une grande partie des participant-es déclarent s'être déjà senti-es **critiqué-es par les soignant-es à propos de leurs choix**.

La participante E1 s'est vu par exemple critiquée sur ses choix de projet d'accouchement à domicile : « *Oh là là...alors je vous raconte pas, déjà les secrétaires elles sont tombées, elles ont dit : « Mais faut pas faire ça ! Vous êtes inconsciente ! » Le gynécologue qui passait dans le couloir, il nous a pris pour des tarées, euh, enfin bon ça a été un peu... un peu vif comme réaction ! [...] Ils m'ont dit qu'on était complètement inconscients, que, euh, presque on voudrait tuer notre bébé ! [...] [...] Enfin bon... vraiment vraiment culpabilisateurs ! », ou encore d'allaitement long : « Elle [une dermatologue] m'a fait la morale sur pourquoi j'allaitais encore un enfant qui avait plus de deux ans, que c'était pas nécessaire, [...] que de toute façon il allait aller à l'école, que c'était pas bon pour lui. Enfin j'avais envie de lui dire : "Mais je suis pas venue pour une consultation sur l'allaitement en fait, je suis venue pour une consultation dermatologique donc si on peut en rester là, j'ai rien demandé, donc euh ... merci ! " (Rires) ».*

Leurs **choix contraceptifs** semblent être un autre sujet important de critiques, notamment lorsque ceux-ci ne correspondent pas à la « **norme** » **contraceptive approuvée par le milieu médical** en raison de leur fiabilité. Leurs méthodes de contraception (préservatif, méthode du retrait¹², symptothermie¹³, etc) sont alors **jugées irresponsables** et entraînent un **discours moralisateur** concernant le risque majoré de grossesse non-désirée auquel iels s'exposeraient. « *Y'a un gynécologue [...], j'étais une gamine de 22 ans à l'époque, il m'a dit :*

¹² La méthode du retrait désigne, pour les personnes possédant un pénis, le fait de se retirer du vagin de son-sa partenaire avant l'éjaculation.

¹³ La symptothermie est une méthode croisée, pour les personnes possédant un vagin, basée sur l'observation de la texture de ses glaires cervicales et la mesure de sa température corporelle, ayant pour objectif de repérer sa période de fertilité.

« Vous voulez faire un gamin à 22 ans, c'est ça ? Vous voulez tomber enceinte à 22 ans ? » [Au sujet de la méthode du retrait] (E11), « Elle [une gynécologue] m'avait dit : « Ben on se revoit dans 3 mois ! ». En mode : « Tu vas te rendre compte de la connerie que c'est ! [...] Tu reviendras me voir quand tu seras enceinte, petite conne !" » [Au sujet d'une contraception par préservatif] (E16).

L'idée même d'un éventuel recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) est ainsi diabolisée. La participante E6 partage cependant cette **représentation « moralisatrice » au sujet de l'IVG** lorsqu'elle nous raconte son histoire personnelle au sujet d'une « connerie » de jeunesse : « Ma première contraception que j'ai prise, c'était suite à mon avortement. On répète pas les conneries, on l'a fait une fois, on la fait pas deux ! (Rires) »

Par conséquent, les consultations pour demande d'interruption volontaire de grossesse ont été mal vécues par les participant·es, alors confronté·es aux **jugements**, voire même à un sentiment de **honte** : « Pour moi ça avait été assez dur pour le coup les séances avec elle, justement parce que je trouvais qu'elle était pas forcément très bienveillante dans son approche, euh... que voilà, y'avait pas mal de jugement. [...] J'ai choisi l'IVG médicamenteuse [à domicile], plutôt que en hôpital, parce que justement je pense, j'avais cette... déjà j'avais ce regard, cette peur aussi de... du jugement, etc, de la honte qui pouvait être éprouvée en allant en établissement de santé. » (E19).

Au contraire, certain·es participant·es dénoncent cette diabolisation de l'IVG. Iels expliquent que leurs choix contraceptifs sont **mûrement réfléchis** et décidés après évaluation d'une **balance bénéfice-risque** qu'iels jugent satisfaisante à titre personnel : « On n'est pas obligé·e forcément d'avoir... d'avoir mille contraceptions [...] pour éviter de retomber enceint·e, comme si c'était la chose la plus horrible qui pouvait nous arriver quoi, du coup de faire un I.V.G ! Voilà, c'est des choses qui arrivent ! Ça arrive à plein de personnes en fait, et on n'a pas en plus à subir ce genre de jugement quoi ! » (E3), « Je me dis que si j'ai un problème et que je dois avorter, ben je préfère ce risque-là plutôt que de prendre un risque tous les jours de ma vie en fait. [...] Enfin au niveau du bénéfice-risque, en fait, au final, c'est plus avantageux pour moi de faire ça, mais y'a plein de médecins qui trouvent ça irresponsable. » [Au sujet de la symptothermie] (E15).

Il est très intéressant de noter que tous les exemples de **critiques et jugements de la part de soignant-es** qu'iels nous ont donné au cours des entretiens se concentrent sur le **domaine de la « santé des femmes »** (contraception, grossesse, accouchement, maternité et allaitement, interruption volontaire de grossesse) et **celui de la sexualité**.

Comme le suggère la participante E13, nous pouvons analyser ces jugements négatifs provenant de soignant-es sous le prisme du **souci historique de la médecine de « contrôler » le corps des femmes et sa sexualité**. : « *Peut-être y'a certains médecins qui... intentionnellement ou non... comment dire.... L'attention de contrôle du corps des femmes [...] à cause de l'histoire et du contrôle du corps des femmes par les hommes qui est un peu imprégné dans la médecine.* ».

2- Sexualité féminine : entre tabou et hétéronormativité

a) Un tabou persistant autour de la sexualité féminine

Les participantes ont évoqué le tabou sociétal qui planent sur le plaisir féminin et le décrivent comme une **emprise du patriarcat sur leur sexualité** : « *On a tendance à mettre des barrières aux femmes [concernant leur sexualité], mais je trouve ça... un peu inadmissible. C'est surtout lié à la société patriarcale, et toute la mentalité qu'on a !* » (E7).

La sexualité féminine étant considéré comme **tabou et honteuse**, l'abord de cette thématique lors de l'entretien a mis **mal à l'aise les participantes de plus de 45 ans**, qui coupaient vite court à la question : « *Vous est-il arrivé de parler de sexualité avec un médecin ?* » et ont montré de nombreux signes non verbaux d'embarras : « *Non, non, pas du tout ! Non, non, et puis je serai pas à l'aise. [...] J'irai jamais voir un sexologue moi!* » (E10), « *Non. Non j'en parlerai pas. Non. (Rires)* » (E20).

Au contraire, les participant-es plus jeunes se sont emparé-es de l'invitation à parler de sexualité pour dénoncer le **tabou sociétal au sujet de la sexualité féminine**, ainsi que **la mauvaise connaissance de l'anatomie féminine et du fonctionnement du plaisir féminin**, au profit du plaisir et de la sexualité masculine :

« Ben je pense que je crois qu'on a réussi à parler du clitoris et à peu près à le localiser, y'a pas très longtemps. [...] Comme d'habitude, [...] ça a toujours été le plaisir des hommes avant tout, hein ! [...] Donc la sexualité à nous, elle est au mieux taboue, au pire euh... diabolisée, en fait ! [...] Et puis y'a une vraie méconnaissance du corps et du plaisir de la femme, très clairement hein ! [...] Ben le plaisir féminin, il est... il est vraiment tu, hein ! Il est méconnu ! » (E17).

Ce tabou semble planer également au sein de la relation de soins, les participant-es n'osant pas aborder cette thématique avec leurs médecins : « C'est vrai que y'a tout un tabou aussi au niveau des règles, du cycle, enfin de la sexualité, ça va avec... où c'est pas toujours évident d'en parler, même avec, voilà, même avec son médecin ! » (E19). Cependant, les médecins rencontrés ne leur en ont jamais parlé non plus, **même lors de la prescription de la contraception ou du vaccin contre le papillomavirus**, alimentant ainsi le tabou : « Même avec les gynéco en fait. [...] C'était un peu comme si il y avait un espèce de tabou, on prend la contraception, mais on dit pas pourquoi surtout ! [...] Non, même quand y'a eu tout ce qui était papillomavirus etc., on parlait de transmission de virus, mais pas de comment ça peut se transmettre (rires) ou quoi que ce soit. C'était toujours très aseptisé, très... » (E8). Les médecins sembleraient donc **peu ouvert-es à discuter de la sexualité**. La participante E14 témoigne des propos qu'elle a reçu d'un médecin lorsqu'elle lui expliquait les difficultés sexuelles et douleurs qu'elle rencontre, en lien avec sa maladie (mastocytose systémique) : « Et lui il m'avait parlé... il m'a parlé d'abstinence ! (Rires) C'était ... voilà, sa façon de régler les choses ! [...] Avec une personne qui vous parle comme ça... j'insiste pas ! ».

D'autres racontent qu'ils auraient aimé **pouvoir discuter de sexualité avec les médecins**, notamment avant le début de leur activité sexuelle, mais qu'ils n'ont pas senti de « portes ouvertes » : « Les gens du milieu médical, c'est les gens qu'on consulte sans nos parents, quand on arrive à un âge où il pourrait se passer quelque chose. Et... J'ai jamais senti de portes ouvertes en fait, pour en parler ! ». (E8).

Par ailleurs, la participante E8 ajoute que lorsque la sexualité est abordée avec le milieu médical, ce n'est qu'au sujet des problèmes rencontrés. Elle pense cependant qu'il serait bénéfique **d'aborder la sexualité d'une manière générale en consultation**, le milieu médical étant selon elle **l'interlocuteur privilégié** : *« C'est juste une histoire de : Est-ce qu'il y a un problème ou pas ? Or on a pas forcément besoin que d'une histoire de problème mais de juste : Comment ça se passe, comment c'est normal que ça se passe ? Et euh ... tout l'aspect psychologique qu'il y a autour, et pas juste mécanique. [...] Les personnes à qui on peut faire confiance pour parler de ça, ça devrait être dans le milieu médical, ça devrait être de pouvoir... "OK, tu demandes une contraception, euh... comment ça se passe ?" Et de pouvoir sentir qu'on peut poser ce genre de question !»*. Au contraire, les participantes E15 et E17 pensent que la discussion autour de la sexualité avec le milieu médical se justifie seulement **en cas de problème** : *« Je pense que c'est à nous de trouver en quelque sorte et pas à forcément aux professionnels de santé d'intervenir là-dedans, à part si on a un problème, ou qu'on a une demande spécifique. » (E15), « Si j'avais eu des soucis particuliers... je sais pas, si j'avais eu, euh... Comme ça m'a jamais posé de problème, enfin... » (E17).*

b) « L'Hétérocentrisme »¹⁴ ou l'obligation du rapport « pénétratif »

En plus d'être taboue, la sexualité féminine est essentiellement perçue comme **hétérosexuelle** dans la société. Cette **hétéronormativité** qui fait de la sexualité une **sexualité tournée vers le plaisir masculin et centrée sur les rapports « pénétratifs »**, participe à renforcer le patriarcat : *« Et puis c'est sûr, en tant que femmes, on nous apprend à chercher euh... (prend une petite voix douce) : « Comment être dans une relation heureuse ? (Rires) Comment faire plaisir à son partenaire ? (Rires) ». Et... par contre quand t'es un homme c'est... (prend une voix bien forte) : « Comment BAAANDER longtemps ? » (Rires) » (E8).*

Ainsi, les **problèmes de santé sexuelle féminine ne semblent pensés qu'en termes de dyspareunies**, donc de pénétration douloureuse ou impossible. Ce constat se fait à la fois du côté des participant·es : *« Si j'avais eu des douleurs ou si j'avais eu... pendant les rapports ou si... des choses comme ça, j'en aurai parlé assez*

¹⁴ Voir définition page 32.

facilement à ma gynéco-là. » (E17) et des soignant·es : « Ils posent des petites questions, du style euh... : « Avez-vous des douleurs pendant les rapports sexuels ? » C'est tout. C'est tout. Mais sinon, jamais... jamais euh... Ils demandent quoi que ce soit. » (E15).

Par ailleurs, **cet hétérocentrisme participe à invisibiliser les autres sexualités**, qui ne sont alors pas toujours correctement prises en charge par le milieu de soin : « J'imagine qu'encore une fois quand un médecin voit quelqu'un en face de soi, il est hétérosexuel ! (Rires) Y'a même pas d'autres possibilités, il peut pas être asexuel, homosexuel ou bisexuel, ou enfin... » (E17), « Ce présupposé de l'hétérosexualité en consultation, notamment gynéco, ou médecin, [...] c'est épuisant ! La médecin généraliste gynéco que j'allais voir, c'était en partie parce qu'on m'avait dit : « Elle est consciente que toutes les femmes n'ont pas des relations avec les hommes. » » (E5). La participante E5 rapporte ainsi ne jamais avoir reçu **d'information spécifique sur les problématiques de santé rencontrées par les femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes**, notamment au sujet des IST : « Y'a aucune place pour discuter de la sexualité qu'on a vraiment. Et... et les infos sont pas les mêmes à donner. Tout le monde s'en fout, et donc les infos on les a pas si on est pas hétéro en fait ! [...] J'ai déjà formulé à plusieurs médecins généralistes ou gynécos euh, que je n'avais pas ou plus de relations sexuelles avec des hommes, à aucun moment donné, on a abordé la question des IST sous l'angle spécifique des rapports entre femmes, je n'ai jamais entendu ça ! ».

c) Du jugement au « slut-shaming »¹⁵

La sexualité féminine étant un domaine empreint de tabous et d'interdits, les participant·es déclarent avoir peur d'en parler avec les médecins, craignant de recevoir des **jugements négatifs** sur leurs pratiques : « Là au niveau de la sexualité, je pense que ça serait plutôt en fonction du feeling que j'aurais avec le médecin. Dans le sens, où, vraiment... ne pas avoir du tout de peur d'être jugée par rapport à la sexualité qu'on veut avoir ou pas en fait. » (E7).

¹⁵ Le « *slut-shaming* » est un terme féministe définissant l'attitude qui consiste à disqualifier voire culpabiliser une femme dont le comportement sexuel serait jugé « hors-normes » : attitude jugée provocante, nombre de partenaires sexuels jugé trop important, nécessité de recours à l'avortement jugé évitable, etc.

Certain-es rapportent en effet ne pas avoir reçu de discours très bienveillant de la part de soignant-es lorsqu’iels ont abordé le sujet, attitude que l’on peut aisément définir comme étant du « **slut-shaming** », traduisible en français par « *humiliation des salopes* ».

L’interrogé-e E4, par exemple, nous raconte son expérience négative lorsqu’elle consultait SOS-Médecin en raison de douleurs abdominales. Elle rapporte les propos de la soignant-e lorsqu’elle lui a fait part de la prise d’une contraception d’urgence les jours précédant à la suite d’un rapport sexuel non protégé : « *Ah oui, mais c’était avec qui ? Mais vous le connaissez bien ? Est-ce qu’il a des partenaires fréquents ?* ». Ben moi j’en savais rien (Rires). Et quand je lui ai dit : « *Je sais pas* », et ben elle était vraiment dans le jugement, c’était horrible ! Limite elle était à deux doigt de me dire : « *Ben si tu chopes le Sida, ce sera bien fait pour toi !* » Elle a pas dit ça, mais franchement t’avais l’impression que c’était proche de le dire ! ».

Au contraire, une **approche ouverte et respectueuse** de la part de leurs médecins permettrait aux participant-es de se **sentir en confiance** pour aborder les diverses problématiques touchant à leur sexualité. La participante E4 nous fait part là-aussi de son témoignage concernant une gynécologue, dans le cadre de la pose d’un dispositif intra-utérin. Après lui avoir demandé si elle pouvait rapidement faire le dépistage des maladies sexuellement transmissibles qu’elle lui avait prescrit ou s’il fallait qu’elle attende la fin de l’été avant le rendez-vous de pose du DIU, celle-ci lui aurait répondu que oui, puis aurait ajouté : « *Enfin sauf si vous avez prévu d’avoir une sexualité particulièrement débridée au cours de l’été. [...] Enfin pas qu’il y ait un problème avec ça ! Juste dans ce cas, attendez quoi.* » [...] C’était vraiment une manière de dire : « *En fait, si vous voulez baisez avec qui vous voulez, sans vous protéger, pendant tout l’été, y’a pas de problème, moi je vous jugerai pas. Juste, vous attendez pour faire le test des MST.* » Et j’ai trouvé que c’était cool, parce qu’elle était pas du tout dans le jugement, et elle me l’a fait savoir que, si un jour j’avais un besoin de lui parler de quelque chose comme ça, je pouvais le faire, et que je serai pas jugée. ».

Si le plaisir féminin est si tabou dans notre société, c'est qu'il semble s'éloigner de la supposée vocation du rapport sexuel pour la gent féminine : celui de la reproduction. La maternité semble en effet être la trajectoire idéale et presque obligatoire pour une femme, qui se devrait de réaliser son « *devoir divin de donner naissance à des enfants* » [nous ne sommes pas certain-es de ce que la participante voulait dire : devoir divin ou civique ?] (E18).

3- Mère nourricière : le rôle féminin suprême

a) Conflit entre horloge biologique et choix de vie

Alors que certain-es des participant-es s'éloignent de la norme de « maternité », en faisant **le choix de ne pas avoir d'enfants**, d'autres semblent se faire rattraper par ce qu'iels nomment « **l'horloge biologique** ».

Leur choix de ne pas avoir d'enfants, n'est généralement « *pas médical* » mais est un « *choix de vie* » (E18).

Il est parfois motivé par le refus de l'impact de la maternité sur les différents plans de leur vie, notamment lié à la charge supplémentaire que confère un-e enfant, celle-ci reposant en majorité sur les femmes : « *C'est un tout en fait, c'est les violences, le fait qu'on soit pas aidées [par les conjoints], le fait que on n'ait pas un salaire, par rapport aux hommes, correct, enfin égal...que ben du coup les années de retraite ben elles sont impactées... Ben du coup on a pas envie d'avoir d'enfant, ben parce que au final, ça impacte toute notre vie !* » (E15).

Ce non-désir d'enfants est souvent remis en question par leur entourage : « *C'est super bizarre de dire que tu veux pas d'enfants, en tant qu'instit' c'est bizarre, en tant que femme c'est encore plus inadmissible, enfin voilà.* » (E4), surtout lorsqu'iels sont considéré-es comme « **trop jeunes** » pour savoir ce qu'iels désirent dans leur vie : « *Ils vont sortir la phrase magique "Tu verras plus tard hein !" (Rires)* » (E15).

Les participant-es déclarent donc ressentir une **pression sociale** quand iels approchent un âge considéré comme propice à une première grossesse : : « *« Quand est-ce que je suis grand-père ? » Alors que j'avais 22 ans quoi !* » (E15).

Iels disent, au contraire, **ne jamais avoir reçu de remarques concernant leur non-désir d'enfant de la part de soignant-es** : « Elle m'a dit [une gynécologue] : « Le problème de la conisation, c'est que ça peut être des grossesses plus à risques et tout. » Et du coup je lui ai dit : « Mais de toute façon, moi je ne prévois pas d'être enceinte. » Elle m'a dit : « Jamais ? [...] Bon alors dans ce cas, vous pouvez vous faire opérer ! » Donc y'a eu zéro réaction, donc c'était très bien ! » (E4).

Cependant, iels sont plusieurs à témoigner de la **pression de maternité** qu'iels ont ressentie auprès de soignant-es, lorsqu'iels exprimaient leur désir de grossesse, mais que des évènements ou des difficultés se sont mis en travers de leur projet.

La participante E11 nous raconte par exemple son expérience avec une gynécologue à qui elle exprimait ses **craintes d'avoir une ménopause précoce**, comme les femmes de sa famille qui en sont atteintes : « Elle m'a dit : « Ben faut faire des enfants maintenant ! » Et euh.... Je lui ai dit : « Mais madame, je... (Rires) je sais, mais je n'en suis pas là dans ma vie ! ». « Non mais vous avez quel âge ? 26 ans ? Faut faire...là dans les prochaines années, il faut en faire, pour en avoir au moins un si vous voulez des enfants. Il faut faire des enfants ! » Ce qui m'a beaucoup heurté, parce que j'adorerais être mère ! ».

La participante E17, quant à elle, nous raconte son **difficile parcours de Procréation Médicalement Assistée** : « J'avais à peu près une trentaine d'années à l'époque, et euh... Et elle m'a dit au détour d'une... d'une phrase : « Il aurait peut-être fallu commencer à faire des enfants à 20 ans ! » (Rires) [...] Et en fait je me suis pris une énorme claque, et j'avais juste envie de répondre : « Mais en fait je suis... je fais ce que je veux, et si j'ai décidé d'avoir un enfant maintenant, c'est maintenant, et t'as pas à me juger sur... sur mes choix de vie ! ».

Les soignant-es ont ainsi appuyé cette notion « **d'horloge biologique** » qui imposeraient aux femmes un « **moment idéal** » pour avoir des enfants, faute de quoi, iels n'en n'auraient jamais : « Je pense que y'a des questions de maternité qui se posent, par exemple « Tic-Tac Tic-Tac, horloge biologique ! Ma grande, fait un enfant maintenant ! » [...] J'étais en mode : « Mais DONNE-MOI des... des alternatives ! Juste donne-moi quelques alternatives, me dit pas que si j'attends trop, je ne serai jamais mère ! ». Parce que c'est pas vrai,

parce que l'adoption existe, parce que peut-être je peux congeler mes ovules !» (E11), « Elle me mettait face à mon échec d'avoir des enfants ! Parce que j'avais pas fait les bon choix à un bon moment de ma vie ! Ça se trouve à 20 ans, j'aurais pas pu avoir d'enfants non plus ! » (E17).

b) La parentalité : une affaire de femmes uniquement ?

Les propos des participant·es mettent en évidence l'idée d'un **rôle maternel « naturel », conférant aux femmes l'entière responsabilité de la parentalité**. Celui-ci n'est pas toujours critiqué, surtout chez les participant·es de plus de 50 ans, qui semblent considérer que cela faisait partie de leurs **« missions »** : *« J'ai pendant quelques années... j'ai arrêté de travailler pour pouvoir m'occuper de mes enfants, j'ai eu beaucoup de chance de pouvoir le faire. » (E2), « Je prenais en charge et moi-même je considérais que c'était moi qui devais le prendre en charge. [...] Je considérais que ça faisait partie de ma mission, et j'en ressentais le...c'était nécessaire pour moi de le faire. » (E6).*

Bien que les générations suivantes soient plus conscientes de la **répartition inégale des rôles en termes de parentalité**, iels semblent avoir internalisé les rôles de leurs propres parents : *« C'est ma mère qui a toujours gérer toutes les affaires courantes, les enfants, enfin le quotidien, c'était que elle. [...] Ça prouve bien que c'était pas son domaine de trucs à gérer [à son père]. Lui, il faisait le jardinage. (Rires) » (E4).* Iels continuent donc de parler d'une différence **« d'appétence pour ces thématiques » (E9)**, perpétuant leurs **assimilations à une différence « naturelle »**. Leur conjoint masculin reste alors perçu comme un **« soutien, plus qu'un acteur » (E6)** en ce qui concerne le soin des enfants.

Il semblerait que ce soit le cas également pendant la **période de la grossesse et de son suivi**. En effet, certains pères s'y intéressant peu, leurs conjoint·es devraient les motiver à participer aux consultations de suivi : *« Je l'ai beaucoup associé, c'est moi, je lui disais : "Il faut que tu viennes, il faut que tu viennes !" Je l'ai convaincu de participer. » (E6), « Pendant les cours de préparation à l'accouchement que j'ai suivi avec la sage-femme, euh... il y avait une séance où elle nous avait fortement conseillé d'amener le papa. Donc euh je l'avais amené, mais lui, il était ...ça lui disait moins. Il est venu parce que j'ai demandé en fait. » (E9).*

Cependant, même s'ils ne s'y désintéressent pas d'eux-mêmes, ils semblent ne pas pouvoir s'engager entièrement dans leur paternité en raison de **barrières sociales et professionnelles**, n'accordant pas suffisamment de souplesse aux futurs pères : « *Mais en même temps ça aurait difficile pour lui de se dégager du temps pendant le travail.* » (E9), « *Ben c'était moi, j'étais que là, j'étais seule. Après c'est normal, le papa il travaillait.* » (E10).

Dans le milieu des soins, certain.e.s participant.e.s témoignent du **manque d'implication de leur conjoint** dans les consultations de suivi de grossesse ou lors de l'accouchement **de la part des soignant.es** : « *Ma sage-femme libérale, elle implique... elle implique beaucoup mon conjoint. Par contre, les autres c'était vraiment tourné vers moi, [...], c'était limite il m'en parlait pas quoi, enfin j'aurais été célibataire c'était pareil quoi !* » (E1), « *Non... beaucoup, beaucoup tourné vers moi. Hm... Non pourtant il était toujours présent, mais voilà... j'ai l'impression que voilà... on s'adressait plus à moi, qu'à nous, on va dire.* » (E14).

Ce ressenti est partagé quand il s'agit de **consultations pour une IVG**, comme pour la participant.e E19 qui aurait aimé que son partenaire puisse être présent et soit plus impliqué dans la prise en charge : « *Non, il a pas été tellement impliqué. Ni sur le choix par rapport à l'IVG, ni sur les modes de contraception* », alors que « *quand on était à X avec le médecin avec qui ça s'était super bien passé, le médecin généraliste, [...]* j'avais l'impression qu'il s'adressait quand même à nous deux. ». L'interrogé.e E3 raconte, quant à iel, son incompréhension au sujet d'une gynécologue qui a **refusé que son compagnon assiste à la consultation** : « *Je comprends pas, quand ça arrive, quand on consulte pour ce genre de choses, c'est que il y'a eu plusieurs personnes qui étaient impliquées dans l'histoire (Rires) ! Donc pour moi, ça le concernait tout autant que moi et... et là pour le coup, ben, c'est moi qui avais besoin d'être soutenue, donc c'était important qu'il soit là, mais du coup elle n'a pas voulu !*».

Que ce soit en termes de soutien ou du sentiment d'équité qu'elle procure, **l'implication du partenaire par l'équipe soignant·e** est au contraire fortement appréciée : *« Je sais qu'il était là, et que j'étais contente qu'il soit présent. [...] Et d'ailleurs on m'avait informé qu'il pouvait rester dormir la nuit. Et ça, je trouvais ça vraiment chouette. [...] Ce qui est bien, parce que c'est vrai qu'on est pas trop de deux, je trouve (rires) ! »* [Dans le cadre de son accouchement à la maternité].

c) Entre capacité « innée » et infantilisation des jeunes mères

Le domaine de l'enfance leur étant associé, ils sembleraient que soit automatiquement conférée aux femmes une **capacité « innée » concernant la maternité**. Les participant·es rapportent en effet l'impression d'avoir été considéré·es **« naturellement doué·es »** par les soignant·es et donc ne pas avoir reçu suffisamment d'explications concernant leur grossesse et leur accouchement.

Ces dernier·es se **focaliseraient alors sur le (futur) nouveau-né**, bien plus que sur iels-même en tant que (future) mère : *« J'ai l'impression que on est... juste des objets porteurs d'un... d'un être humain en devenir, qu'ils se focalisent sur le bébé, mais qu'ils ont complètement, euh... ils occultent vachement la femme quoi ! Et du coup, on leur explique pas, on leur dit : « Allonge toi là, écarte les jambes et on t'ausculte, et tu prends un truc si ça va pas et tu reviens si ça va pas... ». Mais j'ai l'impression qu'on les prend pas en compte, qu'on n'est pas assez... assez enveloppant avec elle et qu'on explique pas assez, je trouve, les choses quoi. Que c'est vraiment trop le... l'urgence de sauver le bébé et qu'il soit bien et que tout se passe bien, ce qui est compréhensible, mais il y a un être humain en fait, autour de ce bébé et... justement un être humain qui est en plus émotivement très rattaché à ce bébé, donc qu'il faudrait vraiment prendre en compte... plus... » (E1).*

Certain·es rapportent également un **manque d'information** concernant la période du post-partum, mis à part quelques explications reçues au sujet des premiers jours : *« Tous les trucs après l'accouchement qu'on raconte pas, et euh... qu'on laisse découvrir à la jeune femme qui vient d'être maman. Ça, ça me plait pas du tout non plus! Enfin je trouve que y'a trop de secrets ! » (E15).*

Les jeunes mères peuvent donc se sentir « **abandonné-es** », alors qu’iels auraient besoin d’être écouté-es dans leurs craintes et rassuré-es dans ce moment si particulier. La participante E2 raconte par exemple sa rencontre quelques jours après son accouchement avec une pédiatre de la maternité, alors que son bébé a dû être transféré en service de néonatalogie dans une ville différente. Elle explique comment ces paroles l’ont affectée dans ce moment plein de doutes et comment cela lui laisse un mauvais souvenir encore aujourd’hui. Elle ne semble pas avoir obtenu le soutien dont elle avait besoin ni de réponses à ses incertitudes : « *J’étais tellement un peu perdue avec ce qui m’arrivait que je savais plus si j’allais allaiter mon bébé ou pas. Et j’avais vraiment besoin d’une oreille pour... pour ensuite qu’on me réponde, qu’on me conseille. Mais là, j’ai eu un RETOUUUUR qui m’a complètement traumatisée ! Cette femme était pas du tout disponible à m’écouter, et elle m’a dit, mais d’une manière très sèche : « Et bien, va bien falloir que vous vous décidez parce que c’est pas moi qui vais décider pour vous ! ». Et elle est sortie. Et je suis restée mais.... sans voix ! J’étais encore plus perdue, et j’ai... je n’ai fait que pleurer parce que j’avais besoin de quelqu’un qui me rassurerait... mais là c’était dit d’une telle manière, que c’était d’une violence, je te jure, que je l’ai encore là en travers ! » (E2).*

La participante E9, quant à elle, explique comment elle a pu **se sentir « mauvaise mère »** lors de son séjour en maternité, pensant qu’elle n’était « **pas capable** » d’assumer son rôle maternel lorsqu’elle rencontrait des difficultés concernant le sommeil de son nouveau-né : « *Donc il hurlait déjà la 1ère nuit, et ça avait même surpris un petit peu les sages-femmes et les puéricultrices qui étaient venues un moment toquer en me disant : « Mais c’est le vôtre qui pleure comme ça ?! » Et là on se sent déjà mauvaise mère, c’est bête, mais voilà on se dit : « Je sais pas apaiser mon propre enfant, alors que j’ai essayé plein de choses ! », ou encore concernant l’allaitement et la prise de poids : « Comme [...] y’avait pas de stagnation [de poids] au 2ème jour, elles m’avaient dit : « Mais il faut absolument lui donner le sein toutes les 2 heures, hein, vous le réveiller la nuit si il se réveille pas ! ”[...] ! Donc c’est vrai que là encore, je me disais : “Mais j’arrive pas à le nourrir !” Vraiment ce sentiment de pas être capable ! »*

Le dogme judéo-chrétien de la « mère nourricière sachant instinctivement s'occuper de son bébé » conduit donc fréquemment à un **sentiment de culpabilité, voire d'angoisse** chez les jeunes mères. Ce sentiment se voit **renforcé par l'infantilisation dont font preuve certain·s soignant·es**, qui paradoxalement, ne cessent de leur démontrer par leurs attitudes et leurs remarques qu'ils ne sont pas si « *capables* » que cela.

A titre d'exemple, l'attention excessive portée sur la **prise de poids du nouveau-né** lors de l'allaitement, tend à placer les **normes médicales** au statut de « vérité », négligeant **le ressenti et l'expérience de la mère** au sujet de son enfant.

Si bien que certain·es finissent même par leurs **mentir pour échapper à ces réflexions négatives**, comme la participante E1, après s'être « *fait engueuler parce qu'il tétait selon elles pas assez* », et que les soignant·es aient de ce fait envisagé la pose d'une sonde gastrique : « *Je savais au fond de moi que c'était pas forcément nécessaire quoi ! Il tétait moins que d'habitude, mais il tétait... des petites quantités mais plusieurs fois ! Et je sentais qu'il allait mieux. [...] Et au final, j'ai fini par lui mettre de l'eau dans sa couche pour que ça ajoute du poids, non mais quand même quoi !* ».

Elle décrit alors trouver que le personnel soignant n'est « *pas du tout à l'écoute et pas du tout formé à l'allaitement !* » (E1). L'attention excessive portée sur la prise de poids, les amèneraient à **proposer trop rapidement des biberons** : « *Donc ils ont commencé à me dire : « Oui, euh, c'est quand la dernière fois qu'il a tété ? » [...] « On vous amène un biberon ! » Je leur ai dit : « Mais, j'ai pas besoin de biberons, enfin ! J'ai du lait ! » Voilà quoi...* », ce qui peut selon elle **faire échouer des allaitements** : « *ça va que c'était mon deuxième enfant, que c'était mon deuxième allaitement long, que j'étais vraiment très renseignée sur l'allaitement et tout. Mais parce que j'aurais arrêté... j'aurais donné des biberons ! [...] Et je me dis, il doit y en avoir tellement des mamans, qu'ils leur font.... avec le souci en plus d'un bébé malade.... qu'ils leur font foirer des allaitements comme ça !* ».

Ainsi, bien qu'iels soient conscientes de leur propre expérience en tant que mères, iels aimeraient **être « entouré-es » de manière bienveillante durant l'allaitement** notamment lorsqu'iels éprouvent des difficultés. La participante E12 explique alors s'être tournée vers la « *Leche League* »¹⁶ pour y trouver du soutien et des conseils : « *Je suis tombée sur une dame [de la Leche League], qui était absolument adorable, qui m'a rassurée, parce que à l'hôpital c'était euh... j'ai...j'ai ...enfin franchement à la maternité, je crois que c'est la pire expérience de ma vie (Rires) !* ».

Dans cette première partie, nous avons vu que certaines caractéristiques sont considérées comme naturellement « féminines ». De celles-ci découlent l'attribution de certains rôles sociaux aux femmes, que nous allons décrire dans la deuxième partie.

II- De la charge mentale à la charge physique : « c'est à vous d'encaisser ! »

1- La femme « mère et ménagère » : entre « care » et tâches domestiques

a) Un véritable « deuxième travail »

Les participant·es ont développé le sujet de la **charge de travail domestique** et du **soin des proches** qui leurs incombe au sein du foyer en tant que femme : « *J'étais mariée à un monsieur qui ne faisait RIEN ! RIEN ! Donc lui il sortait, il allait travailler, il ramenait les sous à la maison, et moi j'étais la femme, et je m'occupais euh... de ma fille, du ménage, du manger, du... tout ! Des papiers administratifs... C'est moi qui pensais dans ma tête à : Attention, il faut payer tel truc, attention il faut envoyer tel papier...* » (E12). Iels en parlent comme d'un réel « *deuxième travail* » (E9).

¹⁶ La Leche League est une association internationale de soutien et d'information à l'allaitement maternel.

Bien que les participant·es soulèvent le fait que ces **normes sociales tendent à évoluer** et s'équilibrer petit à petit ... : « *Bon on va dire, la nouvelle génération, maintenant ils essayent de faire Kif-Kif Kif-Kif dans un ménage.* » (E10), iels parlent de leur partenaire encore une fois comme un **soutien plutôt qu'un acteur autonome**.

Ainsi, la **charge mentale**¹⁷ **quotidienne et la responsabilité** associée au fonctionnement du foyer reposeraient toujours sur iels en majorité : « *Mon conjoint il m'aide énormément sur les tâches ménagères, sur les courses surtout, voilà. [...] Il fait... Par contre, il a...il a vraiment... moins tendance à anticiper.* » (E1), « *Quand bien même il était volontaire, il fallait que je lui donne des consignes. Et donc en fait c'est une charge mentale que de donner des consignes (Rires) !* » (E9). Pour la participante E9, cette charge domestique s'est accentuée à l'arrivée de son premier enfant : « *Je dirais que la charge mentale je l'ai vraiment ressenti après l'accouchement. [...] Je me suis rendu compte, quand le petit est né, que je... Ben je m'occupais de beaucoup de choses.* ».

En effet, en plus du travail domestique, les femmes se voient généralement confier la responsabilité **du bien-être et de la santé de leurs proches**, notions développées sous le terme de « **care** »¹⁸ en anglais : « *Il y a aussi tout un truc autour de la charge mentale que peuvent avoir les femmes vis à vis de... de la santé.* (E3), « *En tant que femme, il est attendu de nous qu'on sache ce qui se passe médicalement de nos proches, qu'on sache si euh... notre compagnon a bien pris son rendez-vous chez le dentiste, alors qu'on lui a dit pour la DIXIÈME fois (Rires), que voilà... que le gamin ou le neveu... [...] Est-ce que ses coliques sont finies ? [...]* » (E8).

La participante E16 pense là-aussi que les **socialisations différenciées masculines et féminines** y joue un rôle ; les femmes étant, selon elle, « **éduquées** » à « **prendre soin** », contrairement aux hommes, plus habitués à ce que l'on « *prenne soin d'eux* » : « *Je pense que vraiment tout ce qui est du domaine du domestique, donc*

¹⁷ La charge mentale désigne l'ensemble des pressions subies par les membres d'un foyer entre leurs exigences professionnelles et la gestion du foyer, assumée en majorité par les femmes. Cette charge constitue un travail supplémentaire et est génératrice de nombreuses inégalités pour les femmes.

¹⁸ Le « care » peut être décrit comme « *une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde", en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie* » (233).

du rapport à la santé, aux soins euh... ça va être associé au féminin dans tous les cas, alors que les mecs, ils... Ils sont éduqués, je pense, vraiment, à avoir quelqu'un qui prend soin d'eux au quotidien ! ».

Ainsi, mis à part pour la participante E20, pour laquelle les **visites médicales des enfants** sont partagées entre elle et son conjoint... : « *Ça dépend. Un coup c'est moi, un coup c'est lui.* », ce sont majoritairement les participant-es qui prennent en charge la **santé de leurs enfants** au sein de leur foyer : « *C'est vrai que c'est moi qui ai pris l'initiative tout de suite de m'occuper des rendez-vous médicaux ! Que ce soit le suivi chez le pédiatre, comme le suivi chez l'allergologue hein, c'est toujours moi qui amenais chez l'allergologue ! Euh... Les vaccins aussi, c'était moi. Aussi pour ma belle-fille d'ailleurs !* » (E9).

Iels l'expliquent souvent par les obligations professionnelles de leur conjoint, bien qu'iels-mêmes travaillent également : « *C'est principalement moi qui les amène chez les médecins. [...] Parce que mon conjoint travaille, la plupart du temps.* » (E1), « *C'était à 90% c'était moi. [...] Une époque j'avais un travail à temps partiel, lui il travaillait à plein temps, y'a aussi ça qui fait, la disponibilité que j'avais moi pour le faire était plus grande que lui.* » (E6), « *Ben c'était moi. Toujours moi, eh oui ! Bon après, il travaillait toute la journée, d'accord...mais bon, je travaillais aussi. [...] J'allais pas attendre le soir qu'il rentre, pour les amener au médecin !* » (E10).

Cependant, outre le manque de temps pour raisons professionnelles, les participant-es mentionnent un **moindre intérêt de leur conjoint pour le soin des enfants** : « *Mon ex-mari s'est pas précipité sur la prise en charge, et...* » (E6), « *Tout ce qui est soins des enfants, c'est vrai qu'il faut... j'ai l'impression qu'il faut que je donne des consignes. [...] Alors lui-même va rarement chez le médecin pour le coup. Ouais je pense vraiment que c'est une question d'appétence pour ces thématiques* » (E9).

Le « care » concerne également le **soin des personnes âgées** de leur entourage, que les participant-es assument là-aussi en majorité même lorsqu'il ne s'agit pas de leurs propres parents : « *Ma mère je m'en suis occupée toute seule hein, pourtant j'ai deux frères, c'est moi qui m'en suis occupée toute seule. [...] Je me suis aussi beaucoup occupée de ma belle-mère. Je l'amenaient partout : courses, médecins, tout tout tout ! [...] Pourtant je suis mariée avec son fils, mais bon...* » (E10).

Enfin, mis à part les soins directs à autrui, le « care » se manifeste par une multitude d'actions et comportements quotidiens favorisant le **bien-être et la santé du foyer**. La participante E1 nous explique par exemple comment elle s'assure de **l'alimentation équilibrée** au sein de son foyer : « *Prévoir ce qu'on va manger et comment... de quoi vont être composés les repas [...] pour que le repas soit équilibré par rapport au repas précédents, par rapport au repas suivant [...]* » (E1).

Les propos des participant·es révèlent que cette **assignation du « care » aux femmes est entretenue par les soignant·es**. La participante E10 rapporte par exemple que les soignant·es de la maison de retraite où réside sa belle-mère, se tournent toujours vers elle bien qu'elle ne soit pas la personne de confiance : « *A chaque fois, ils [le personnel de la maison de retraite] passent toujours par MOI, pourtant la personne de confiance, c'est mon mari, son fils ! [...] Mais je suis toujours là ! Donc ils savent à qui demander !* » (E10).

La participante E8, quant à elle, insiste sur le fait que **les médecins prennent rarement en compte l'activité de « care »** reposant en majorité sur les femmes, notamment lors de prescription de médicaments à un·e patient·e : « *C'est bien beau de faire une ordonnance, mais les médicaments, ils vont être pris dans un contexte, et.... Et la maladie quelle qu'elle soit, elle va être gérée dans un contexte, et... [...] de pas avoir d'attention sur QUI gère ça ?! [...] QUI va faire attention à ce que ce soit pris régulièrement ? [...] QUI dans l'entourage s'en charge ? Sur qui ça retombe ?* ».

Pourtant, cette charge peut avoir selon elle des **conséquences sur leur santé** : « *Ben oui, quand c'est toi en plus qui t'en charge, parce que tu es celle qui a appris à écouter, parce que c'est ton rôle socialement ! Ben du coup y'a des conséquences sur ta santé !* » (E8).

b) Quand les femmes s'oublient pour prendre soin des autres

« Mais maintenant elle [sa belle-mère] est en maison de retraite, donc voilà, ça m'a soulagée un peu quand même. » (E10). A travers les propos précédents, on comprend que cette charge quotidienne de « care » et de travaux domestiques pèse sur les femmes, notamment sur leur santé.

Stress, asthénie, sommeil de moins bonne qualité et perte de poids sont en effet rapportés par les participant-es : « C'est vraiment un truc qui me prend mentalement beaucoup d'énergie et ça c'est... ça me fatigue beaucoup je pense. » (E1), « Sur le sommeil peut-être. [...] J'arrive jamais à me reposer quoi ! (E10), « Peut-être aussi ma perte de poids, qui peut aussi s'expliquer par ce nouveau statut de maman, et le fait d'avoir à penser à plein de choses. [...] Parce que y'avait pas un moment où je me posais. » (E9).

Par ailleurs, certain-es expriment le fait que leurs **comportements de santé personnels ont diminué** avec l'accumulation de toutes ces tâches : **alimentation moins équilibrée, diminution de l'activité physique...** En prenant soins des autres et du foyer, les participant-es semblent prendre moins soin de leur propre santé : « J'ai pris 13 kilos, voilà, c'est le stress peut-être, je sais pas. [...] Après c'est l'alimentation, [...] je suis trop énervée, donc je mange vite... [...] Avant j'avais le goût à faire quand même, je cuisinais un peu plus, là j'y arrive plus, parce que je suis trop énervée, il faut que je pense à tout, il faut que... voilà ! » (E10), « Alors que ma vie d'avant, c'était je rentrais du travail, [...] j'allais faire du sport [...] » (E9).

De plus, certain-es expliquent que leurs **problèmes de santé passent souvent au « second plan »**, ce qui les amène à **renoncer à consulter un médecin** : « C'est vrai que... j'ai tendance à... pour tout ce qui me...n'a pas un grand impact au quotidien, à le faire passer au second plan, parce que y'a plein de choses, y'a les enfants, y'a les grossesses, enfin c'est pas prioritaire quoi ! » (E9). La participante E10 raconte elle aussi combien elle s'occupe des rendez-vous médicaux de sa belle-mère et l'amène chez les divers médecins, mais au contraire ne consulte pour elle-même que très rarement : « Après j'y vais pas souvent, il faut vraiment que... je suis quelqu'un qui y va vraiment si y'a un gros problème. ».

Du côté des médecins, les participant·es rapportent là encore un moindre intérêt concernant **l'impact de leur charge mentale sur leur santé physique et psychique** : « *Ouais, y'a la charge mentale aussi du coup et euh... après les médecins qui minimisent et qui te disent : « Non mais c'est BOOON, fais tes trucs et voilà ! » » (15), « Mais bon c'est trop facile de dire que c'est toujours le stress, le stress, le stress ! [...] C'est sûr je suis toujours énervée, mais pourquoi ? » (E10).*

La participante E10 apprécie au contraire lorsque **le médecin reconnaît cette charge quotidienne** et prend en compte les conséquences sur sa santé qui en découlent (stress, fatigue, irritabilité...) : « *Y'a juste X (nom du médecin), que c'était très bien, il me comprenait, parce qu'il savait pourquoi j'étais... par rapport à ma belle-mère. Et même il m'a soutenu ! C'était le seul médecin qui m'a soutenu, [...] qui me disait, qui m'avait... pas félicitée, mais pour dire : "Heureusement qu'elle vous a !" Un qui a reconnu ! ».*

Les propos des participant·es mettent donc en évidence une **moindre considération et prise en compte de la charge mentale et physique vécue par les femmes** que ce soit par rapport à leur rôle attribué de « care », ou leur « deuxième travail ».

La participante E8 s'interroge à ce sujet sur une différence de prise en charge entre patient·es femmes et hommes. Se basant sur son expérience de soin et celle de son compagnon masculin, elle a l'impression que les médecins prennent **plus en considération le contexte de vie d'un patient homme** et **évaluent plus fréquemment les effets secondaires** qu'ils peuvent avoir suite à une prise médicamenteuse, qu'avec une patient·e femme : « *Pourquoi, est-ce que, par exemple, mon compagnon, lui on lui demande son contexte de vie ? Pourquoi est-ce qu'on vérifie que les effets secondaires vont pas être trop durs pour lui ? Voilà. Quand moi par exemple, on m'a pas posé la question de mes effets secondaires pour les contraceptions ! ».*

2- Contrôle de la fertilité : une tâche exclusivement féminine ?

a) Charge mentale et physique : le prix à payer pour une sexualité libérée ?

Le terme de « **charge mentale** » a été également utilisé par plusieurs interrogé-es pour parler de leur **contraception**, notamment en raison de la **contrainte** que cela impose dans leur vie quotidienne : y penser régulièrement, prendre un médicament quotidien, etc. : « *C'était assez contraignant, je trouvais de devoir à heure fixe tous les jours prendre un cachet, euh.* » (E1), « *J'en pouvais plus en fait de prendre un cachet tout le temps, tous les jours, pendant autant d'années, c'était trop, j'en avais marre !* » (E15).

Une grande partie a donc fait le choix d'une **méthode jugée moins contraignante**, comme l'anneau contraceptif, l'implant contraceptif ou le DIU : « *Ça me convenait bien parce que voilà je le mettais trois semaines, j'y pensais plus [Anneau contraceptif]* » (E1), « *Je voulais mettre l'implant, parce que... je me suis dit, comme ça, c'est réglé, je suis tranquille et tout !* » (E15).

De plus, la prise d'une contraception, surtout lorsqu'il s'agit de la pilule, ne les soulage pas toujours du **stress d'une grossesse non désirée** : « *Et puis tu as toujours le risque de te dire : "Mais si tu oublies une fois", euh... enfin voilà, c'est quand même quelque chose !* » (E1), « *Il m'est arrivé de l'oublier quand même [la pilule contraceptive], je trouve que c'est un stress ! Que je voulais plus connaître au bout de 15 ans sous pilule, ça suffit ! (Rires) !* » (E9). Ce stress d'une grossesse non désirée, s'accompagne parfois du **stress de ne pas avoir accès à l'IVG dans les délais réglementaires impartis** : « *[...] la pression que d'avoir tous ces rendez-vous qui rentrent dans les semaines de délai, euh où on a encore le droit du coup de pratiquer l'avortement* » (E3).

Les participant-es déplorent là-aussi un **manque de considération des soignant-es** lorsqu'ils rapportent les effets secondaires, parfois invalidants, de leur contraception (métrorragies importantes, douleur pelvienne intense, perte de libido, prise de poids...). Quand leurs symptômes ne sont pas minimisés, ils sont parfois rapportés au **risque d'effets secondaires qu'apporte « forcément » toute contraception** : « *Je garde plutôt un mauvais souvenir parce que ça a eu une influence réelle sur une prise de poids [...], complètement mis de côté par le médecin qui me suivait, à qui ça faisait ni chaud ni froid, voilà. Alors que je me suis retrouvée en*

surpoids à cause de ça.» (E5), « J'avais des crampes en permanence, mais vraiment extrêmement douloureuses... extrêmement douloureuses. Et quand j'en parlais, c'était : « Ben oui, ça arrive d'avoir des petites crampes quand on a un stérilet. » [...] Quand on m'a mis mon implant la première fois et que j'ai fait la quasi-intégralité des effets secondaires, [...] Mais c'était pas grave, c'était normal ! « Ben oui, c'est comme ça d'avoir une contraception ! » Ben non en fait, c'est pas normal (Rires) ! Mais bon je suis une femme, donc c'est comme ça, ça va avec !» (E8).

Pour certain-es, autant les soignant-es que les soigné-es, il semble cependant **difficile de remettre en question la contraception** d'une manière générale et ses possibles effets secondaires, étant donné l'évolution positive qu'elle a apporté dans la vie de nombreuses femmes. Cela semble être « **le prix à payer** » pour une sexualité libérée et non obligatoirement rattachée à la reproduction, ce dont iels devraient se réjouir : « *Je me disais, bon voilà, j'ai mal et tout [DIU au cuivre] mais bon c'est pas grave, j'ai une contraception, en plus sans hormones donc, euh, enfin pour moi c'était le prix à payer !* » (E1), « *Je suis partie voir deux autres médecins généralistes, un dans ma campagne qui m'a dit : "Soyez patiente, estimez-vous heureuse d'avoir un moyen de contraception" [concernant des métrorragies importantes et quotidienne sous implant contraceptif].* » (E15).

Au contraire, plusieurs des interrogé-es dénoncent le fait qu'iels soient **les seules, en tant que « femmes », à devoir porter la responsabilité de la contraception** et donc à voir parfois leur **bien-être et leur qualité de vie diminuer** en raison de ces effets secondaires : « *C'est terrifiant, en tant que femmes, que c'est nous qui portons la responsabilité, si jamais y'a quelque chose qui se passe. Et qui portons tous les effets secondaires, et ça devrait être normal pour nous d'accepter n'importe quel effet secondaire. Et encore, on nous dit que c'est une chance ! Ben... c'est une chance qui coûte cher quand même !* » (E8). Certain-es ont alors beaucoup de mal à **trouver une contraception qui leur convienne** : « *Avec de façon globale une insatisfaction parce que, j'ai l'impression qu'il n'y a aucune solution qu'on nous propose qui soit satisfaisante !* » (E5), « *C'est vrai que, pour l'instant euh... j'ai pas trop... Enfin, les options qui me sont disponibles pour ma contraception me conviennent pas trop. C'est un choix pas trop facile.* » (E15).

b) Vers un partage de la responsabilité contraceptive ?

Une grande partie des participant-es déplorent le **manque d'implications des hommes** dans la charge contraceptive, alors qu'il existe quelques méthodes de contraceptions masculines (préservatif, slip chauffant¹⁹, vasectomie²⁰ notamment) : « *Si j'ai une relation sexuelle, [...] je peux pas compter sur les mecs pour y penser quoi (Rires) ou alors... ou alors c'est encore aller à la fight²¹ [...] C'est une sacrée problématique quoi...* » (E16), « *De toute façon, c'est toujours à la femme de prendre la contraception en général !* » (E17), « *Avec beaucoup c'est : "Ça revient aux femmes la contraception !" [...] C'est pas tellement juste quand on y réfléchit en fait. On est fertile une fois par mois, et eux sont fertiles tout le temps, donc c'est pas juste* » (E9).

La participante E19 explique ce **désintérêt des hommes**, y compris pour les contraceptions masculines, du fait qu'ils **ne souffrent pas directement des conséquences** d'une éventuelle grossesse non-désirée, au contraire des femmes : « *Un homme, il a aussi des moyens de contraception à sa disposition, mais comme les risques sont moindre en général, ils se posent moins les questions, ces questions-là clairement !* ».

Plusieurs participant-es ont ainsi été confronté-es à un **refus de l'usage du préservatif par leur partenaire**, même lorsqu'ils leur expliquaient les difficultés qu'ils rencontrent avec les contraceptions féminines : « *Moi, le nombre de mecs qui veulent pas mettre de capotes ! C'est DINGUE !* » (E11), « *J'expliquais vraiment tout mon parcours gynécologique, [...] je racontais tout. Et au bout d'un moment « Ben ouais, mais moi j'arrive pas à bander avec des capotes ! » » (E16).*

La participante E16 rajoute que devant le refus de ses partenaires, elle a parfois accepté un rapport sexuel sans préservatifs (ni autre contraception), ayant l'impression de devoir **garder son « rôle » de femme « désirable »**, s'exposant alors au risque d'une grossesse non désirée ou d'une MST : « *Et cette culpabilisation en fait, je trouve vraiment que y'a quelque chose d'intéressant derrière, parce que... on... on... on va prendre*

¹⁹ Le slip-chauffant est sous-vêtement qui vise à augmenter légèrement la température des testicules grâce à la chaleur corporelle. Pour être utilisé à visée contraceptive (arrêt progressif de la fabrication des spermatozoïdes), il doit être porté au minimum 15h par jour.

²⁰ La vasectomie est une méthode de stérilisation masculine définitive, consistant à réaliser un geste chirurgical minime, afin de couper et bloquer les canaux déférents qui transportent les spermatozoïdes à partir des testicules.

²¹ « *Aller à la fight* », traduisible en français par « aller au combat ».

sur nous, et on va peut-être éventuellement envisager de faire SANS, [...] parce qu'il faut quand même qu'on continue à être... enfin c'est pas à être désirable, mais à être dans ce rôle-là quoi. En fait il faut qu'on endosse notre rôle dans tous les cas quoi ! ».

Bien que plusieurs **méthodes de contraceptions masculines se démocratisent**, il semblerait exister **beaucoup de réticences** de la part des principaux intéressés. La participante E16 pense que la crainte pour un homme de **perdre sa « virilité »** peut en être une raison : *« J'avais entendu parler des slips chauffants ou j'sais pas quoi, qui semblait être... [...] ça semblait être une alternative sympa, mais..." Ah mais on sait pas... peut-être sur le long terme, moi je veux pas être castré". C'est tout de suite dans... dans le domaine de la virilité en fait ! ».* Par ailleurs, la participante E8 évoque les essais de pilule contraceptif chez l'homme, qui n'auraient pas abouti en raison de l'apparition **d'effets secondaires**, bien que ces mêmes effets secondaires existent aussi pour les contraceptions féminines : *« Et comme la contraception masculine est pas encore super au goût du jour parce que MON DIEUUU ça leur arrive d'avoir des pertes de libido, et des maux de crâne de temps en temps ! (Rires) ».*

La participante E9 se réjouit toutefois de **l'évolution générationnelle actuelle**, les jeunes générations étant selon elle, plus ouverte à un partage de la charge contraceptive au sein du couple, notamment par le recours à la vasectomie : *« J'en discutais avec deux collègues, une jeune et une plus âgée. La jeune femme, elle trouvait ça super, elle m'a dit : "C'est vraiment SUPER, que pour une fois un homme s'intéresse à la contraception !". Et ma collègue plus âgée, elle me dit : "Mais pourquoi ? Mais quelle drôle d'idée ? Mais s'il veut changer d'avis ?" [...] Enfin elle était choquée !».*

En effet, un certain nombre de participant-es ainsi que leurs partenaires, montrent un **intérêt grandissant concernant les méthodes de contraceptions masculines** : *« On essaie de réfléchir peut-être à une contraception de son côté à lui et voilà... pour que... On sait qu'on ne veut plus d'enfants, donc on essaie de réfléchir aux possibilités. » (E1), « Lui, il avait décidé de faire une vasectomie quand on s'est mis ensemble... Il n'avait pas pour projet d'avoir d'enfant. [...] Voilà on s'est dit que ce serait bien que ce soit plutôt lui qui gère*

ça pour le couple. » (E3), « On réfléchit à l'après, et comme mon compagnon, ça fera son troisième enfant, il réfléchit à une vasectomie actuellement. Qui serait le plus simple. » (E9). La **vasectomie** semble la méthode masculine la plus plébiscitée, lorsqu'il n'existe pas de projets de grossesses futures. Concernant la contraception définitive, la participante E9 trouve que la vasectomie est **plus « pratique » qu'une ligature de trompes**²², l'intervention chirurgicale étant plus simple et rapide : « Je trouve ça tout à fait bien et plus pratique qu'une ligature des trompes, en termes d'intervention c'est quand même moins lourd ! ».

Cependant, les participant-es déclarent **ne pas ressentir cette évolution au niveau du milieu médical**. Elles rapportent n'avoir **jamais été informé-es de ces méthodes masculines** par les soignant-es, et ne pas savoir auprès de quel professionnel-le de santé il est possible de se renseigner à leurs sujets : « C'est vrai que du côté médical, on voit pas le chemin qui est fait, pour permettre cette égalité-là. » (E8), « C'est pas un échange que j'ai avec les professionnels de santé [...] D'ailleurs, je sais même pas trop, je pense qu'il faut s'adresser à un urologue. Je poserai la question à ma sage-femme d'ailleurs, à l'occasion (Rires) ! Euh... je me demande si le planning familial pourrait pas nous renseigner aussi... Enfin voilà, c'est vrai qu'on sait pas forcément trop vers qui se tourner ! » (E9). Les **informations concernant la vasectomie étant difficilement accessibles en France** et les procédures étant longues, l'ancien partenaire de l'interrogé-e E3 a d'ailleurs décidé de **réaliser son intervention à l'étranger**.

Plus globalement, il semblerait que la thématique de la contraception en général, ne soit que **peu (ou pas) abordée par les soignant-es avec les patients masculins** : « Le jour où y'a un de mes potes qui sort de chez le médecin et dit : "Ben on a parlé de contraception", euh... Ben je l'attend ce jour-là quoi (Rires), parce que PUNAISE ! Ben lui il est pas prêt d'arriver quoi ! (Rires) » (E16).

²² La ligature des trompes est une méthode chirurgicale de stérilisation définitive à visée contraceptive.

III- Le corps féminin : entre « devoir » de beauté et « devoir » de santé

Plus que leur identité et leurs rôles au sein de la société, les participant-es déclarent une impression de **contrôle de leur corps de femmes** : « *Je trouve que les femmes, dans notre société, [...] n'ont jamais eu AUTANT accès à l'éducation... et en même temps, y'a jamais eu un contrôle de leur corps aussi fort !* » (E16).

1- Diktats esthétiques sociétaux : vers une objectification du corps des femmes

a) A la recherche du corps parfait

Dans leur discours, les interrogé-es ont commenté les **diktats esthétiques sociétaux** et la façon dont ils influencent leur manière de **se présenter au monde extérieur ou d'être perçu-es par celui-ci**.

Les personnes perçu-es comme « femme » semblent en effet, plus que les hommes, contraintes à suivre certaines normes pour **être accepté-es socialement** : « *On a pas ces injonctions chez les hommes ! Clairement pas.* » (E9). Plus que leurs compétences ou leur personnalité, leur corps apparaît comme un déterminant majeur lorsqu'il s'agit de **définir leur « valeur »** : « *On est directement renvoyées à notre corps aussi !* » (E16).

Ainsi, les participant-es expriment avoir conscience de **l'importance de leur apparence physique au sein des relations sociales**, notamment dans la **sphère professionnelle**, celle-ci leur ayant parfois valu des **discriminations**, comme lors « *d'entretiens d'embauche* » (E12).

La notion de **corps « parfait »**, qui ne cesse de se réadapter au fil des époques et des cultures, a été spontanément évoqué. Ainsi, si le corps s'avère ne pas correspondre aux normes de beauté, il renverrait au **dégoût et à la fainéantise**, ce que les femmes semblent parfois avoir iels-même intériorisé. La participante E8 nous raconte par exemple la réaction négative excessive de sa mère quand elle lui a dit qu'elle ne s'épilait plus. En plus d'être perçu comme **sale, le poil féminin** est condamné puisqu'il renvoie trop à la **« virilité », propre de l'être masculin** : « *les poils, c'est viril et c'est pas.... c'est pas féminin.* » (E3). L'interrogé-e E3 en a particulièrement souffert étant donné que son corps possède une forte pilosité. Celui-ci a donc souvent été perçu comme « *une abomination un petit peu de la nature (Rires) !* ».

Les pressions vis-à-vis du corps se concentrent aussi particulièrement sur le **poids**, ce qui n'est pas sans danger de créer des **complexes** plus ou moins nocifs chez les participant·es : « *Ben là j'ai pris 20 Kg en 2 ans, donc l'image de mon corps elle a un peu souffert quand même.* » (E6). Quand la pilosité est perçue comme un laisser-aller, le **surpoids** est quant à lui souvent considéré comme un **manque de volonté**. Certain·es craignent alors de subir une **stigmatisation en raison de leur poids** ou « **grossophobie** » : « *Ben je suis grosse. [...] Et, ça, ça se voit souvent sur les OOOBESES, on se fout de leur gueule, donc bon ! Voilà. J'imagine que c'est comme ça pour moi aussi !* » (E10).

Le **culte de la jeunesse** vient s'ajouter à la liste de ces injonctions : passé un certain âge, les femmes devraient se prémunir du vieillissement de leur corps : « *Les rides, je ne les veux pas, [...] pourquoi voulez-vous que j'aie les cheveux blancs aussi ?!* » (E18). Quand certain·es participant·es semblent être détaché·es de cette **obsession de jeunesse éternelle** et vivent agréablement le fait de vieillir, d'autres, plus jeunes, craignent déjà de voir apparaître les premiers signes de l'âge : « *Quel regard on portera sur mon corps de femme, et quel regard je me porterai à moi ?* » (E5), surtout quand iels aiment « *la séduction, [...] être jolie.* » (E11).

De ces derniers verbatims, on repère la notion de « **séduction** » très rattachée au corps féminin. Celui-ci semble être associé à un **objet de désir**, si bien qu'il se voit souvent « **hypersexualisé** » : « *les seins, c'est tellement sexualisé chez les femmes !* » (E16).

Outre les seins, des normes s'imposent de nos jours également à la **vulve** : le sexe féminin se doit d'être imberbe, les petites lèvres discrètes, le vagin resserré pour le plaisir du partenaire masculin, etc. : « *Déjà je suis très complexée de mon vagin, parce qu'on est dans une société où... où on a fait croire à ces femmes qu'il faut avoir un petit vagin, qu'il faut pas avoir les lèvres qui dépassent, etc. etc. Donc on a toute une idée sur le vagin ! [...] Je me suis déjà questionnée sur ma mouille, [...] je me suis questionnée si j'étais très serrée.* » (E11) Ce complexe semble même aller jusqu'à empiéter sa vie sexuelle : « *En fait je veux pas qu'on regarde, je veux pas... je veux pas qu'on me fasse de cunnilingus, parce que je la trouve pas belle.* »

Ces entretiens nous ont donc montré l'influence majeure de ces diktats sociétaux sur **la relation à leur corps et leur estime personnelle**. Il s'agit pour iels d'une véritable « *pression* », qu'iels associent à « *une violence quotidienne faite aux femmes* » (E17).

b) Quand beauté et santé s'entremêlent

- Une influence sur leurs comportements de santé...

Cette **pression sociale** dont iels parlent peut parfois aller jusqu'à influencer leur comportement concernant leur corps et avoir des **conséquences sur leur santé**. La participante E16 nous rappelle à ce sujet un fameux dicton : « *Ouais une femme, elle DOIT être belle ! Enfin, elle... et euh... et elle pas belle de fait quoi, « Faut souffrir pour être belle » quoi !* ».

L'interrogée E11 raconte ainsi comment elle s'est retrouvée **brulée au 2^{ème} degré lors d'une séance d'épilation laser** chez un médecin esthétique : « *Elle m'a brûlée, la première fois, juste en bas-là (me montre son entrejambe) [...] Et ma deuxième épilation laser, j'ai été encore plus brûlée...* ».

D'autres racontent comment le **culte sociétal de la minceur** influence leur **alimentation** : « *Ma mère a toujours eu un truc avec le poids, elle a toujours fait des régimes tout le temps, tout le temps, tout le temps : « Oh j'ai pris trois kilos, alors ce soir je mange pas ! » Et on fait des régimes de soupe aux choux, des machins des trucs !* » (E1), « *Dès que je vois que mon poids, il augmente trop, ben j'ai pas envie de manger ou alors je mange des trucs hyper lights, vraiment où y'a rien dedans. J'essaie de me dire que le principal c'est d'être en bonne santé, de pas être en surpoids ni en sous-poids, [...] mais j'ai toujours une voix dans ma tête qui me dit " NOOON, tu pourrais être plus mince !" C'est horrible !* » (E15).

Selon la participante E7, **les jeunes générations**, particulièrement exposées à ces **pressions corporelles via les réseaux sociaux** en seraient d'autant plus vulnérables, ce qui peut conduire selon elle à de véritables **troubles médicaux** : « *C'est pour ça qu'on voit qu'il y a quand même une augmentation de la boulimie, de l'anorexie, de la dépression aussi, suicides... avec les réseaux sociaux etc.* »

- **Mais aussi un impact des soins sur leur « féminité » ...**

Par ailleurs, certain·es participant·es évoquent les **conséquences que peuvent avoir certains soins médicaux**, notamment anti-cancéreux, **sur la perception de leur corps de « femmes**.

Les seins, les cheveux, ou encore les organes génitaux internes sont largement considérés comme faisant partie des **attributs nécessaires à l'identité féminine**. Ainsi, envisager de les perdre dans le cadre du traitement d'une pathologie peut s'avérer difficile pour un·e patient·e : *« Elle me dit : « A l'âge que vous avez, la petite maison qui reçoit les enfants qui est dans votre ventre, ce n'est jamais qu'un muscle, votre féminité, on va pas vous l'enlever ! » » [Au sujet d'une hystérectomie] (E2)*. Bien que ses médecins (médecin généraliste et oncologue) l'aient rassurée sur le fait que son hystérectomie ne signifierait pas la perte de sa féminité, la participant·e E2 nous parle de cette opération en termes de **« mutilation »** : *« Je savais pas que j'aurai un choc, parce que tout d'un coup, je me suis rendue compte que j'allais me faire mutiler et qu'on allait m'enlever quelque chose qui était IMPORTANT ! »*.

Le sein, bien qu'il ne soit pas non plus un organe vital à la survie, détient également pour la femme une place particulière au sein de son identité féminine. **La prise en charge chirurgicale d'un cancer du sein** peut alors laisser des **séquelles psychiques** chez certain·es patient·es : *« Les femmes qui ont... qui ont été opérées d'un sein, c'est terrible, parce que je les vois arriver [dans son atelier de couture], elles sont dans un état de souffrance, euh... je parle pas de douleur, mais de ce que représente leurs corps à présent ! » (E2)*.

Sortir de la norme esthétique associée à la féminité d'une façon aussi visible (mastectomie, alopecie, cachexie...) à la suite du traitement d'un cancer du sein peut donc s'accompagner d'une réelle détresse physique et psychologique. Certain·es soigné·es **ne se reconnaissant plus en tant que « femme »**, iels peuvent avoir des **difficultés à accepter la poursuite des soins**.

La participante E11 nous parle à ce sujet de son expérience en tant qu'infirmière dans un service d'oncologie : *« Les modifications corporelles [...] pouvaient amener les patients qui n'adhéraient plus aux soins, parce qu'ils se sentent cachectiques, ils se sentent moches, ils se sentent plus "femmes". [...] Et quand tu branches la*

chimio : « De toute façon, ça ne sert à rien, je ne suis plus "femme" ». Mais c'est quoi être une femme déjà ? Est-ce qu'on a besoin d'avoir des cheveux ?! »

c) Une norme corporelle entretenue au sein de la relation de soin

Ces diktats esthétiques et la crainte du jugement sur leur corps « imparfait » qu'ils suscitent, **s'immiscent jusque dans les cabinets de soins** : « Vu que depuis plusieurs années je m'épile plus. Euh...c'est toujours un peu gênant par rapport à ça. » (E3), « Quand je faisais 42 kilos, j'avais aucun... enfin je m'en fichais de me déshabiller, [...] par contre quand j'étais beaucoup plus grosse, c'était beaucoup plus compliqué. » (E15), « On sait qu'on va être particulièrement scrutée par quelqu'un, euh, qui... parce que la situation fait qu'il y a besoin. » (E19).

Chez certain-es soigné-es, pudeur mais aussi complexes corporels s'entremêlent pour rendre la **consultation de soins désagréable voire traumatique**, jusqu'au point de pouvoir rendre **difficile le recours à une consultation médicale** : « Je pense que on est vraiment conditionnées et que... si on a vraiment un problème avec ça [son corps], le corps médical... s'il est pas bienveillant, ça peut vraiment être HORRIBLE pour une consultation ! » (E15), « [...] parce qu'on demande aux femmes d'être toujours jolies, et que je pense, elles-mêmes se freinent, euh à... à aller voir certains thérapeutes, parce que elles se sentent pas bien, parce que elles ont des bourrelets, parce que milles trucs quoi ! » (E17).

Les propos de la participante E10 témoigne également de l'impact de ses complexes corporels dans le recours aux soins. Elle explique ne consulter que des soignants hommes car elle se sent mal à l'aise à l'idée de montrer son corps à une soignante femme, dont la silhouette pourrait, selon elle, être plus conforme aux normes de beauté que la sienne. : « Parce que vu comment je suis formée, peut-être je vais être mal à l'aise si elle, elle est bien... bien faite et tout, et moi je vais être mal à l'aise. [...] Je sais, ils voient de tout mais... Et vu comment je suis faite, je suis déjà pas à l'aise de base, voilà. ».

Avant une consultation de soins, les participant·es portent alors une **attention particulière à leur présentation « physique »**, y compris lorsqu'ils n'y accordent pas spécialement d'importances dans leur vie quotidienne. Iels se voient contraint·es de **s'épiler avant une consultation** par exemple, pour correspondre à l'image glabre des femmes qu'ils pensent attendue par les soignant·es : « *Dans ma tête c'est : "Tu vas chez le gynécologue, tu dois être épilée." Je sais pas pourquoi, c'est comme ça.* » (E15), « *Moi je me rase pas tout le temps... mais c'est vrai que quand je vais chez le médecin, ben je me rase ! [...] (rires) Parce que je suis mal à l'aise sinon ! J'ai peur qu'il voie mes poils !* » (E10).

Le poil semble encore une fois assimilé à la **« négligence »**, puisque l'épilation est décrite comme faisant partie d'un **rituel de soins du corps nécessaire avant de consulter** (se doucher, mettre des sous-vêtements propres, etc.) : « *Je m'épile si je vais consulter [...] Comme je prends une douche avant d'y aller et je mets une culotte propre quoi, mais... Ben du coup ça fait partie du rituel, même pour les poils !* » (E1). Certain·es participant·es s'excusent même auprès des soignant·es lorsqu'ils pensent ne pas être assez « bien épilé·es » : « *J'enlevais du coup mon pantalon, ou j'enlevais mon haut et j'avais le réflexe de dire : « Ah par contre, je suis pas épilée quoi ! » [...] Bon ça c'est vraiment le sexisme intériorisé aussi euh... [...] d'avoir le besoin de validation même du thérapeute !* » (E16).

Chez certain·es, cela va même jusqu'à **craindre d'avoir une urgence médicale inattendue** et que les soignant·es découvrent leurs jambes non épilées. L'interrog·ée E3 nous parle en effet de son expérience en tant qu'esthéticienne : « *Ça les stressait quand elles étaient en période de repousses [...] de se dire que peut-être elles allaient avoir un accident, se casser la jambe ou un truc comme ça, et ... et finir à l'hôpital mais que... qu'elles n'étaient pas épilées et que ce serait vraiment horrible !* ».

La gêne à dévoiler son corps non épilé se retrouve plus particulièrement lorsqu'il s'agit de consulter **un soignant homme** pour certain·es : « *Si je vais chez l'ostéo, je prévois à l'avance que je m'épile le maillot. [...] Alors que chez la gynéco je m'en fous. Mais je sais pas pourquoi, peut-être parce que c'est une femme, je sais pas.* » (E4), ou bien **un·e gynécologue** pour d'autres : « *Si je vais chez le gynécologue, ouais je vais m'épiler, ouais c'est sûr ! Par contre... dans... par exemple si je vais chez la kiné, ça me dérange pas je m'en fiche.* » (E15).

Quelquefois, cela s'appuie sur une véritable expérience négative avec un-e soignant-e : « *J'avais une copine qui avait été chez un gynécologue, qui lui avait dit [...] des remarques sur son épilation.* » (E9). Toutefois, il semblerait que ce genre de situations soient rares, les participant-es étant majoritaires à dire qu'ils n'ont **jamais reçu de remarques négatives sur leur pilosité** lors de leurs recours aux soins : « *J'ai déjà vu des regards poliment étonnés (Rires) ! Mais heureusement très poliment et très discrètement (Rires)* » (E8).

Outre l'épilation, le **choix des vêtements** paraît une étape importante avant une consultation, qu'il s'agisse d'une manière de **dissimuler ses complexes** ou encore de **cacher les parties de son corps potentiellement « sexualisées »** comme la poitrine : « *Je mets un caleçon quand je vais chez le médecin... Ça fait mieux, ça fait short ! Ben oui, parce que avec là (montre son ventre), ça tombe tout là, c'est...* » (E10), « *J'ai décidé d'arrêter de porter des soutifs et... et j'en mettais que quand je devais aller chez le médecin ou chez le kiné ou... ou chez l'ostéo.* » (E16).

Pour la participante E5, les consultations en structures de soins telles que les hôpitaux et cliniques confèrent un plus grand **sentiment d'insécurité** et donc de crainte de remarques négatives. L'attention portée sur son apparence est donc exacerbée.

Cette crainte du jugement sur leurs corps, alimentée par la société, repose parfois sur **des expériences plus au moins « traumatisantes »** vécues avec des professionnels de santé : « *Il m'a fait des commentaires en me disant que j'étais... enfin que je transpirais beaucoup, euh... et puis c'était un vocabulaire très péjoratif sur mon corps, des choses comme ça !* » (E13), « *J'avais une copine qui avait été chez un gynécologue, qui lui avait dit, en gros, elle avait des petits bourrelets, il lui avait dit : « Alors on se laisse aller en ce moment ? » Ouais, des choses comme ça, des remarques sur son épilation, des choses qui n'ont rien à voir avec la consultation.* » (E9).

Plus particulièrement, l'**idéal de « minceur »** semble largement légitimé par les discours médicaux, certain-es médecins scrutant la moindre **prise de poids** de leurs patient-es : *« Elle avait une obsession pour le poids, je trouve, de ses patientes. Euh... En ce qui me concerne j'ai toujours eu un poids faible, [...] et elle avait l'air très très satisfaite de ça justement. Et au contraire, si je prenais un ou 2 kilos d'un an sur l'autre, [...] j'avais droit à des questions vraiment intrusive du type : « Quoi ? Mais l'année dernière vous pesiez 53 kg, là vous êtes à 55, vous pouvez m'expliquer ?! » » (E9).*

Les remarques sur leur corps peuvent donc conférer aux participant-es un **sentiment d'insécurité** lors de la consultation. Parfois, iels ne se sentent alors plus seulement « soigné-es », mais réellement **observé-es en tant que « femme désirable »**, jusqu'à en **perdre la confiance envers le ou la professionnel-le de santé** : *« Et qui justement mettent mal à l'aise en fait, parce qu'elle se disait [...] : « Il va pas m'ausculter, il me regarde moi en tant que femme ! » Et c'est problématique, c'est pas une relation du coup patiente-professionnel de santé. Mais, elle se sentait observée comme un type pouvait la regarder dans la rue. Donc elle se sentait pas en confiance. » (E9)*

La **séduction au sein de la relation de soins** se trouve ainsi être une thématique qui interrogent les participant-es. La participante E11 témoigne de celle qu'elle a pu subir de la part d'un ophtalmologue : *« Je rentre, je m'assois à côté de lui, et il me dit : « Mais c'est quoi ça ma belle ? Tous tes cheveux dans ton masque ! ». Et c'était... mais c'était un truc de dingue, j'ai pas compris ce qui m'a... [...] Il m'a touché les cheveux, il m'a enlevé les cheveux du masque, il m'a demandé mes origines. [...] « AAAH les femmes turques elles sont belles hein ! Faudrait que j'aïlle en Turquie ! ». C'est déplacé ! ».*

L'analyse des entretiens nous montrent à quel point « normes de beauté », « santé » et « relation de soins » s'entremêlent. **Les médecins ont-ils alors un rôle à jouer** envers leurs patient-es dans le processus d'acceptation de leur corps ?

La participante E7 pense que oui, bien qu'elle l'estime moins important que celui de l'éducation nationale ou familiale : « *Les médecins, je pense que... vous avez votre part à jouer mais elle est beaucoup plus minime, que celle des parents, que celle de l'école ou peu importe.* ». La participante E11, quant à elle, rajoute avoir perçu une **influence positive des paroles bienveillantes sur le corps** au cours de son expérience professionnelle d'infirmière, notamment sur les comportements de santé de ses patientes : « *Je pense que ça a un impact. Souvent moi je complimente mes patientes qui ont 80 ans ! Je les complimente sur leurs cheveux, je les complimente sur leur peau... [...] Et j'ai l'impression que ça refait la journée de la vieille quoi (rire) ! Et quand elles voient les médecins, ben elles parlent un petit plus, ou elles mangent un petit peu plus...* ».

Nous avons vu dans cette partie comment **les professionnel·les de santé**, à travers leurs discours et leurs comportements, **ne cessent de perpétuer les normes esthétiques imposées aux femmes par la société**. Plus que leur apparence, les interrogé·es ont témoigné ressentir également un **contrôle « médical » de leur corps**, comme si celui-ci devait être placé sous surveillance constante des médecins.

2- Un corps « pathologique » soumis au contrôle médical

Au cours des entretiens, les participant·es nous ont particulièrement parlé de leurs problèmes de santé spécifiquement féminins (menstruations, contraceptions, grossesses, etc) et du suivi gynéco-obstétrical qui en découle. En effet, ces thématiques ressortaient déjà en majorité en réponse à la question « *Comment se passe votre suivi médical ?* », bien que celle-ci se voulait englober leur santé d'une manière générale au-delà du simple **domaine « reproductif »**. Il semblerait donc que ce dernier possède **une place particulière dans l'esprit des participant·es**, allant même jusqu'à rythmer leur quotidien.

a) Entre prévention et « obligation »

Quand certain-es y voient un réel bénéfice en termes de **prévention médicale** voire de **libération féminine** (invention de la contraception, par exemple), d'autres, plus jeunes, parlent au contraire du suivi gynéco-obstétrical comme étant une **contrainte** et expriment un **sentiment de « contrôle » de leur corps par la médecine**.

L'importance de la prévention dans le cadre du suivi gynécologique a surtout été exprimée par les participant-es les plus âgées du corpus (> 40 ans) : « *J'ai vraiment ce suivi gynécologique, tous les ans je ne rate pas un rendez-vous ! C'est noté hein ! Et j'y tiens ! Parce que c'est de la prévention avant tout pour moi, pour éviter d'aller faire un cancer, pour éviter d'aller à des choses plus lourdes plus graves.* » (E18), « *Ben... là je suis assez stricte là-dessus, j'y vais tous les ans. On me fait tous les examens. [...] Contrôle annuel, on y va !* » (E20).

D'autres, essentiellement plus jeunes, expriment un **sentiment « d'obligation »** à se faire suivre. « **C'est comme ça** » déclarent-iels, comme si iels n'avaient pas le choix de se soumettre au **dogme médical** : « *On a pas le choix quand on a besoin de... d'un suivi ou quoi, c'est comme ça !* » (E1), « *Enfin, c'était un mauvais moment à passer !* » (E5). Iels semblent ainsi **se conformer aux demandes de leurs médecins**, même lorsqu'ils estiment ne pas avoir de problèmes nécessitant leurs avis : « *J'y allais, parce qu'il faut y aller quoi, mais euh... [...] Actuellement j'ai pas de problèmes, mais voilà je me conforme.* » (E6).

Parfois, le **dépistage gynécologique** apparaît pour les participant-es comme le **seul suivi médical** nécessaire et inévitable en tant que patient-e « femme ». La participante E10, ne consultant quasiment jamais les médecins et ne s'adonnant à aucune pratique préventive par ailleurs, réalise cependant assidument les dépistages des cancers féminins. Elle en parle toutefois là encore comme d'une **« obligation »** : « *Et que je suis obligée de faire la mammographie, le frottis, donc j'y vais, mais c'est tout. Parce que je suis obligée. Voilà. J'essaie de faire quand même ça. Voilà.* » (E10).

b) Un corps « non fiable » : de la surveillance à la surmédicalisation

- Suivi gynécologique :

Plusieurs participant-es reprochent donc au **suivi gynécologique préventif d'être trop rapproché** dans le temps, les consultations étant annuelles voire biannuelles parfois : « *Enfin moi, j'ai pas envie d'y aller tous les ans, ça me saoule ! (Rires)* ». (E15), « *La gynéco, moi j'y vais qu'une fois par an.* » (E7). Avec les termes « *qu'une fois par an* », la participante E7 sous-entend qu'il serait préférable de consulter plus souvent un-e gynécologue. Toutefois, elle trouve que ce rythme annuel est déjà satisfaisant, voire « trop » important.

La participante E5 est du même avis lorsqu'elle évoque le fait qu'il n'existe pas de suivi équivalent du côté des hommes. Elle l'interprète même comme un « **encadrement** » **plutôt dominant des femmes et de leurs corps par la médecine** : « *Comme si c'était un obligatoire pour faire venir consulter les femmes et donc les dompter un petit peu et les faire rentrer dans le rang, euh, alors que y'a aucun équivalent à ça du côté des hommes dans leurs vies.* » Cela lui donne l'impression que son **corps est considéré comme non « fiable »** de nature, et que de fait, il serait indispensable d'aller le faire contrôler régulièrement : « *[...] avec toute l'espèce d'idée derrière qu'on nous transmet de : « Ton corps de femme, il est pas trop fiable, donc il va falloir y aller, vérifier régulièrement (Rires), par quelqu'un qui sait ! » ».*

Elle déplore par ailleurs le fait que les médecins aient pu lui faire **plus d'examens de dépistage que nécessaire** : « *Je pense pas qu'un gynéco m'avait dit avant que les frottis c'était tous les 3 ans, euh... Les gynécos, ils me disaient : "Bon ok, reprenez rendez-vous l'année prochaine ! [...] Il y a eu des examens de faits plus souvent que nécessaire, sans même que je le sache ! [...]. En fait si t'avais pas besoin de m'infliger ça tous les ans, ça aurait été bien de... (Rires)* ».

- Suivi obstétrical :

Par ailleurs, quelques participant-es nous ont parlé plus en détails de leur vécu concernant leur **suivi de grossesse et leur accouchement**. Dans leur récit s'entremêlent, encore une fois, la **grande satisfaction** qu'ils tirent de la prise en charge médicale de ce moment de vie et l'impression qu'il est parfois « **surmédicalisé** ».

En effet, d'une part iels semblent se réjouir de l'accompagnement qu'ils ont reçu au cours de leur(s) grossesse(s), leur ayant conféré **réassurance et sentiment de sécurité** : « Ça été très compliqué parce que j'avais des hémorragies, j'en ai eu par trois fois, mais là tout le monde était sur le pont pour assurer la viabilité du fœtus ! » (E2), « J'ai été euh... assez surprise de la qualité des soins pré-nataux, [...] Il y avait un suivi tous les mois, des échographies etc. [...] Ça j'ai trouvé ça extraordinaire. Euh... et rassurant du coup. » (E6), surtout lorsqu'il s'agit d'une « première grossesse » (E9).

D'autre part, certain·es semblent trouver qu'il comporte **des examens trop réguliers**, jugés non nécessaires, comme l'exploration du col par le toucher vaginal : « Je lisais sur des forums, des mamans qui en était au même stade et tous leurs rendez-vous mensuels elles avaient un toucher et leur gynécologue, leur sage-femme leur disait où est-ce qu'elle en était de leur col, machin. » (E1)

Parfois il s'agit des explications et « consignes » de prévention émanant des professionnel·les de santé qui sont perçues comme excessives, voire « **oppressantes** », par exemple concernant la prise de poids : « Je trouvais qu'il y avait une petite pression, [...] on me disait : « Il faut prendre 1 Kg par mois au début, et 1.5kg par mois au dernier trimestre. » Et j'ai trouvé ça très très très oppressant. » (E9).

Certain·es s'interrogent alors sur la **représentation de la femme enceinte** dans la société et, plus précisément, chez les professionnel·les de santé. **Est-elle saine ? Ou malade ?** : « Enfin déjà je pense que y'a... la question et... la représentation de la femme enceinte, est vraiment une question importante dans la société. Genre elle est entre malade et entre... saine, enfin c'est... » (E16).

c) Démédicaliser la santé des femmes

De ce fait, plusieurs d'entre iels semblent se tourner vers diverses alternatives, dans le but de « **démédicaliser** » leur suivi gynéco-obstétrical et de retrouver un **rapport avec leur corps et leur intimité plus « naturel »**.

- **Suivi gynéco-obstétrical :**

Concernant leur suivi gynéco-obstétrical, les participant·es apprécient lorsque l'examen clinique n'est réalisé que s'il existe une réelle nécessité : « *Elle [une gynécologue] m'a pas fait d'examen gynéco, parce qu'elle m'a expliqué qu'elle faisait jamais ça à la première visite à des ados, ce que sur le coup j'ai pas trop compris, mais que a posteriori je trouve plutôt cool en fait.* » (E4).

Plusieurs d'entre iels déclarent **se tourner à présent uniquement vers des sages-femmes** concernant leur suivi gynécologique, appréciant que les **examens cliniques soient plus rares** : « *Ouais, elle [une sage-femme] m'a pas consulté [examiné] à la première consultation et au moment où elle a dû le faire c'était vraiment parce que... parce que y'avait nécessité de pose de stérilet* » (E16). La participante E5 ajoute avoir préféré consulter une sage-femme, et non pas un·e gynécologue, lorsqu'elle souhaitait une consultation d'information, par **crainte d'être obligatoirement examiné-es** : « *J'aurai jamais été rappeler une gynéco, [...] pour dire : « Ah en fait, je veux un rendez-vous, je viens juste pour poser des questions ! » (Rires). J'aurai trop eu peur qu'on me force à faire des examens dont j'avais pas besoin, que je voulais pas etc... ».*

Ce désir des participant·es à ce que l'examen gynécologique soit le moins fréquent possible se comprend par **l'inconfort voire la tension** qu'il peut provoquer chez iels. Le déroulement assez « *standardisé* » (E5) de cet examen, « *les jambes sur les étriers, le bas du corps complètement nu* » (E1), ne le rend pas pour autant plus ordinaire et « *supportable* » : « *Cette posture, on est les jambes écartées, enfin je sais pas... les spéculums qui sont froids. Les derniers ils étaient en plexiglass, mais en métal... entendre le truc... J'étais mal, hyper tendue, hyper tendue !* » (E6).

Ainsi, lorsque l'examen est nécessaire, certain·es souhaiteraient pouvoir le réaliser différemment. La participante E1, par exemple, fait part de son étonnement positif, lorsque sa sage-femme l'a examiné **sans utiliser d'étriers et en la recouvrant d'un drap** : « *En fait j'ai halluciné parce que, euh, elle m'allonge et en fait elle... elle me mettait un drap en fait sur moi [faciès étonné] ! [...] et j'étais allongée sur un canapé, pas du tout dans des étriers !* » [Au cours de son suivi de grossesse à domicile]

- **Accouchement :**

L'accouchement est également source de réflexion pour les participant·es qui s'interrogent notamment sur **l'effet de la péridurale**. Quand certain·es y voient le soulagement qu'elle leur a procuré permettant un accouchement avec *« tout le confort possible »* (E2), d'autres regrettent le fait de **ne plus s'être senti·es « maîtresses » de leur accouchement** : *« J'appelle la sage-femme, elle arrive et elle me dit : « Mais votre bébé il est là, vous le sentez pas ? » Ben non moi je sentais rien du tout, ça m'avait complètement [...] anesthésiée ! Donc c'est ce côté un petit frustrant de me dire : Zut, j'ai pas senti la fin de mon accouchement, j'ai pas senti quand c'était le moment d'appeler, de pousser, etc. »* (E9).

On retrouve également des interrogations concernant les **risques de la péridurale, ainsi que des autres thérapeutiques** mises en place pendant l'accouchement : *« [...] au fil de mes lectures je me suis dit que ben finalement la péridurale, si on pouvait s'en passer c'était chouette aussi... [...] J'ai lu la partie, au départ, grossesse et accouchement, et il y avait beaucoup de témoignages, il y avait une partie sur, voilà, les risques de la péridurale, les risques de la surmédicalisation entre guillemets de l'accouchement. »* (E1).

Certain·es ont alors fait le **choix d'accouchements « alternatifs »** en dehors du milieu hospitalier, comme par exemple en **maison de naissance ou à domicile**, après vérification de l'absence de complications durant leurs grossesses : *« Mes trois enfants sont nés à domicile. J'ai eu la chance d'avoir des grossesses très physiologiques, avec vraiment aucun souci. »* (E1).

Pour finir, lorsqu'ils accouchent en maternité classique, ils apprécient particulièrement que **leur projet de naissance** (notamment l'absence de recours à la péridurale) soit **respecté et encouragé** : *« Elles ont vraiment joué le jeu. Quand je l'ai réclamé elles m'ont demandé si j'étais sûre. La sage-femme m'a proposé de voir où en était le travail, en me disant : "Voilà, si vous voulez je vous propose de regarder et de vous indiquer à peu près combien de temps il reste jusqu'à la poussée. Et vous me direz si vous souhaitez la péridurale ou pas." [...] Je trouve qu'elles étaient très à l'écoute par rapport à ce projet-là ! »* (E9).

- **Contraception :**

La grande majorité des participant.es s'interrogent également sur **les contraceptions et leurs effets sur leurs corps**, particulièrement lorsqu'il s'agit de **mécanismes hormonaux**.

Certain-es professionnel·les de santé semblent réduire cette controverse à une **défiance irrationnelle** des patient·es : « Elle [une gynécologue] était en mode : « Ouais, vous pensez qu'on essaye de vous faire bouffer des hormones, enfin qu'on est payés par les lobbies pharmaceutiques pour vous faire bouffer des hormones ?! » » (E16). Or ce serait nier le récit et le vécu des participant·es de ne considérer cette désaffection envers la contraception hormonale qu'en termes de méfiance infondée. En effet, c'est quasiment avec unanimité que les participant·es déclarent se questionner sur celles-ci du fait qu'ils en **ont expérimenté de nombreux effets secondaires** (métrorragies, douleurs pelviennes ou mammaires, perte de libido, trouble de l'humeur, prise de poids, etc).

Ainsi, on assiste à une demande grandissante de leur part d'une **contraception « sans hormones »**, questionnant le fait de devoir prendre un médicament et d'en **subir les effets indésirables alors qu'ils ne sont pas malades** : « Tout ce qui était traitement hormonal, hm... j'étais plus très pour. Euh... de dérégler comme ça un système hormonal qui... qui est comme il est, voilà. Et que pour moi, il fallait pas dérégler. » (E14), « J'avais pas envie de gaver mon corps de choses pas forcément naturelles et pas forcément indispensables quoi. » (E1). Pour l'interrogée E19, la **contraception médicale d'une manière générale**, y compris le DIU au cuivre, **n'est pas sans danger** : « Pour moi c'est pas un acte anodin euh, surtout quand il s'agit de... de... de mon appareil reproducteur et de mes organes génitaux de façon plus globale. ».

Iels sont donc plusieurs à se tourner vers des **méthodes contraceptives plus « naturelles »**, en tant que plus respectueuses selon iels de leur corps, ou préfèrent réutiliser une contraception mécanique par préservatifs : « J'avais entendu parler sur Youtube de la méthode des températures, et euh... Ça m'avait plutôt attirée. » (E13), « Je fais la symptothermie et ça fait un an et demi que j'ai fait ça, ça marche très bien et je suis satisfaite. » (E15), « Ça fait 3 ans, 3ans et demi que j'ai plus du tout de contraception. [...] sinon c'est préservatif quoi. » (E16).

Certain·es voient d'ailleurs l'arrêt de leur contraception comme une possibilité de **se réappropriier son corps en redécouvrant son cycle menstruel naturel** : « *Ben déjà pour reconnaître un peu plus le fonctionnement de mon corps, parce que c'est vrai que, en étant sous pilule pendant quasiment 15 ans, je savais même pas ce que c'était des cycles normaux en fait !* » (E9), « *Je crois que j'ai tout simplement pris conscience de mon cycle naturel en fait. [...] et en fait aujourd'hui je pourrai pas faire sans, parce que [...] j'ai besoin de tenir mon calendrier, j'ai besoin de me dire : « Ah tiens si aujourd'hui euh... je suis pas bien, [...] c'est le syndrome prémenstruel !* » » (E16).

Nous avons vu comment la pratique des professionnel·les de santé majore le contrôle ressenti par les interrogé·es vis-à-vis de leur identité et de leur corps. Ce contrôle n'est pas sans insinuer que les médecins détiennent un « pouvoir » : celui de décider à leur place ce qui est bon pour iels.

IV- Médecin-Dieu versus sororité²³ féminine

1- Une relation de soin toujours empreinte de paternalisme

a) Un être « supérieur » qui « délivre du mal »

Les participant·es les plus âgé·es du corpus (>45ans) semblent percevoir leurs **médecins comme de véritables « guides »** qui les accompagnent sur le chemin de la santé : « *Tout ça je l'ai fait grâce à mon généraliste, qui est une femme et qui me guide depuis quelques années pour tous les soins dont j'ai besoin. [...] J'aime bien être guidée donc je respecte les gens qui me guident.* » (E2), « *Je fais entièrement confiance aux médecins. [...] On va dire que je me laisse accompagner.* » (E14).

²³ La sororité désigne une attitude de solidarité entre les femmes.

Iels évoquent ainsi avoir une « *entière confiance* » (E2) envers leurs soignant-es, ce qui pour la participante E16, plus jeune, viendrait de leur éducation et de leur **représentation « paternaliste » de la relation de soin** : « *Ma mère, peut-être qu'elle va faire plus confiance aux médecins et aux spécialistes, [...] y'avait quand même le truc, ben... T'as la figure du médecin quoi !* ».

La majorité des participant-es a cependant questionné cette posture soi-disant « *supérieure* » (E1) des médecins : « *Dans ma famille c'était... le Docteur, c'est un peu un surhomme peut-être pas, mais il est... il sait mieux que nous même, quelque part. Et alors, c'est pas vrai, nous aussi on sait ! [...] Le Docteur il soigne, parce qu'on est capable de bien définir euh... notre mal !* » (E6), « *Je sais que c'est un milieu élitiste... [...] On sent bien qu'on est pas du même milieu. Qu'il y a euh... une puissance entre guillemets, enfin moi ça me fait rire...* » (E18).

Toutefois, bien qu'iels critiquent largement le paternalisme, il leur est **difficile de formuler leur désaccord ou leur mécontentement** face au médecin, celui-ci semblant rester une **figure d'autorité**. Tandis que la participante E6 semble évoquer que cela se rapprocherait du **blasphème**... : « *On dit pas à un Docteur qu'il est mauv... enfin qu'il est mauvais...* », la participante E15 évoque **l'impossibilité de remettre en question les savoirs des médecins**, étant donné leur dur parcours professionnel pour les acquérir: « *Je vais pas insister parce que je me dis que c'est eux qui ont fait des si longues études, si dures, pour faire ça, que je peux pas les contredire, parce que ben, moi c'est pas mon domaine ! [...] Y'a toujours : « Le médecin est au-dessus de toi », alors que c'est dans ton propre corps, et que tu devrais dire au médecin « Non c'est pas ça !* ».

Face à cette **figure « paternaliste »**, les participant-es semblent vouloir se comporter en « **bonne patiente** ». Iels semblent appréhender le fait d'être jugé-es ou de se « *faire engueuler* » (E1) concernant un comportement qui seraient potentiellement perçu comme « déviant ». La participante E1 avoue donc **faire croire au médecin qu'elle « fait tout bien »** : « *C'est comme si je me disais : « Il va me juger en fait, si je... si je fais des trucs qu'il faut pas ou des trucs comme ça » Ce sentiment d'aller chez le médecin et entre guillemets de faire croire qu'on fait tout bien quoi...* ».

La participante E4, quant à elle, **n'ose pas retourner consulter lorsqu'elle n'a pas réalisé les examens demandés** précédemment par les médecins : *« J'étais censée faire un test sanguin que j'ai jamais fait, du coup j'ai jamais osé retourner la voir ! »*.

Par ailleurs, il semble **difficile pour les participant-es de répondre à une remarque désagréable** provenant d'un-e soignant-e : *« C'est une manière de profiter de son... de son statut de thérapeute pour te balancer quelque chose ! Et je pouvais pas répondre à ça en fait. J'étais en position de patiente, j'étais hyper vulnérable, et elle en a profité, et... [...] j'ai rien pu dire ! »* (E17).

Ainsi, il se dégage clairement des entretiens, le fait que les participant-es **se « soumettent » à l'autorité médicale**, même dans le cas d'une situation qui leur semble inadaptée ou désagréable, **dans l'espoir d'être soigné-es**. Nous avons pu entendre à maintes reprises les mots **« c'est comme ça », « il n'y a pas d'autres choix »**, notamment lorsqu'ils parlaient de leurs expériences de soins gynécologiques. D'autres situations vécues mettent en évidence ce processus de **résignation** : *« J'ai déjà eu une consultation vraiment...très très euh... désagréable on va dire, avec un ostéopathe. [...] J'étais consciente que j'avais le droit de partir [...] et en même temps j'avais l'espoir que peut-être c'était LA personne qui pourrait apporter une réponse à mes migraines, donc c'était un peu le... la balance entre l'espoir et... et en même temps le côté désagréable. »* (E13).

b) Un mélange de paternalisme et patriarcat

Bien que les participant-es soient conscient-es que ce paternalisme touche les patient-es quel que soit leur genre, iels suggèrent que les **patient-es femmes y sont davantage confronté-es** : *« Pour les deux, hommes comme femmes, euh, parfois je trouve que voilà, le médecin est vraiment dans une position de sachant. [...] Je pense que c'est pire pour les femmes, parce que ça fait écho à quelque chose de plus général, de plus global dans la société. »* (E19).

En effet, selon la participante E5, les patient-es femmes souffriraient, en plus du paternalisme, de la **culture patriarcale de la société** : « *Je pense que la plupart des hommes élevés dans cette société actuellement, [...] ce qui inclut les médecins parce qu'ils en font partie, [...] ont, à différents degrés, différentes mesures, intégrés le fonctionnement du patriarcat et le fonctionnement des normes masculines, voire masculines virilistes. [...] En plus d'avoir le pouvoir [...] quand on est médecin « sachant » face à un patient.* ».

Par ailleurs, certain-es évoquent les **rapports de force naturellement présents dans la communication** qui seraient en défaveur des femmes : « *Dans une conversation, y'a des rôles genrés de « qu'est-ce que tu peux faire ». [...] Les femmes font des tâches qui contribuent à la conversation, les hommes ont plutôt tendance à tirer à eux la conversation.* » (E5). De plus, il serait plus difficile pour une femme de s'imposer dans la communication, et ce même si celle-ci est posséder une position hiérarchique plus élevée que son interlocuteur masculin : « *Déjà ils [les hommes] ont pas besoin de hausser autant la voix que nous ! Et même je pense pour les médecins, j'ai déjà vu des femmes, des jeunes femmes, devoir hausser plus la voix pour calmer quelqu'un, qu'un homme.* » (E11).

Au sein de la relation de soin, un médecin « homme » partagerait donc à la fois une supériorité hiérarchique mais également de genre, majorant le **déséquilibre communicationnel** face à une patient-e « femme » : « *Je pense aussi que c'est parce que c'est des comportements qui seraient plus masculins, de pas t'écouter entièrement, de pas ... ouais... (Rires).* » (E4). Parfois, cela va jusqu'au « **mansplaining** »²⁴, comme l'explique l'interrogée E4 : « *Un peu le gars qui sait tout, qui a tout vu, et qui du coup, toi...toi, il t'écoute pas. [...] Ça faisait un peu genre on veut vérifier, parce que lui il sait tout, et du coup il veut vérifier que moi je sais aussi, tu vois !* » [Au sujet d'un médecin généraliste].

²⁴ Le terme de « *mansplaining* », (de l'anglais « man », homme, et « explaining », explication), est un concept féministe qui décrit l'attitude paternaliste que peuvent avoir certains hommes envers les femmes, leur expliquant un sujet donné, convaincu de mieux le connaître qu'elles, alors que celles-ci le maîtrisent déjà voire en sont mêmes des expertes.

Ce « mansplaining » de la part des soignants est particulièrement remis en question par les participant-es quand il se rapporte à leur anatomie féminine : « *Le gynéco m'a injecté le liquide de contraste, avec toujours cette charmante phrase : "Vous inquiétez pas, ça va pas faire mal !" [...] Euh...la personne qui dit ça, n'a pas d'utérus, enfin...* » [dans le cadre d'une hystérocopie] (E17), « *En plus ce qui est très paradoxal, c'est qu'ils sont incapables de savoir ce genre de douleur, ce que c'est d'être enceinte, des douleurs vaginales, des douleurs de contraction, des douleurs quand on t'appuie sur le ventre quand on te fait une écho, enfin voilà... et puis même l'état émotionnel dans lequel on est pendant la grossesse, c'est quand même assez particulier ! Mais ils se permettent quand même de te dire que...* » (E1).

c) Quand le médecin « sait mieux » : exemple de la prescription de contraception

Le paternalisme des soignant-es a été particulièrement manifeste dans les entretiens lorsque les participant-es discutaient de la thématique de la contraception. En effet, iels sont unanimes pour dire qu'iels n'ont **pas été informé-es** comme iels l'auraient voulu par les professionnel·les de santé, et « **ne pas avoir eu le choix** » de leur contraception : « *C'est le... l'aspect un peu sexiste et... de contrôle euh... [...] dans le cadre de la contraception, euh... il me semble que euh, les femmes ont pas toujours le choix, toutes les options devant elle.* » (E13).

Ainsi, la **pilule contraceptive** semble leur avoir été **prescrite au début de leur vie sexuelle** sans explication des autres alternatives existantes : « *J'ai pas le souvenir qu'on m'ait dit : « Voilà il existe ça ça ça et ça. Ça, ça s'utilise comme ça, c'est ça, euh... » [...] Je me rappelle qu'on m'a dit : « Bon ok on te prescrit la pilule, tac, celle-ci et puis voilà quoi. » [...] C'était tu veux une contraception, ben tu prends la pilule et terminé quoi ! »* (E1), « *Bah je suis allée à la pilule parce que la gynéco m'a dit que c'était pilule et que c'était comme ça !* » (E7), « *La pilule je l'ai prise parce qu'on m'a proposé que ça. [...] On m'a toujours proposé la pilule, et pas vraiment d'autres alternatives.* » (E15).

Par conséquent, iels affirment avoir dû **se documenter par iels-mêmes** sur la diversité des méthodes contraceptives existantes, par exemple sur internet ou par le biais de leurs proches féminines : « *Ça ne me convenait pas du tout et je me suis dit : " Il faut que je trouve un truc plus simple d'utilisation, ça doit bien exister !" . Donc c'est là que j'ai commencé à me renseigner... [...] toute seule, sur internet, j'ai regardé quels moyens de contraception et tout. » (E1), « Après évidemment, je connais le patch, les dômes, etc, mais parce que je me suis renseignée toute seule ! » (E15).*

Les verbatims analysés nous invitent donc à nous interroger sur le **poids du discours médical dans la construction d'un schéma contraceptif normatif**. On devine la persistance d'une idée erronée selon laquelle certaines contraceptions seraient plus adaptées aux soigné-es selon la période de la vie où elles se situent.

La **pilule semble ainsi largement prescrite à l'adolescence**, d'autant plus si les patient-es présentent de l'acné : « *J'ai eu, euh... une pilule de 14 ou 15 ans, je sais plus exactement, jusqu'à 20-21 ans. Euh... en non-stop. [...] Qui n'était pas mon choix, qui était prescrite à la base pour des problèmes d'acnés, de peau, alors même que je n'avais pas besoin de contraception à cette période-là de ma vie, que je prenais en bonne patiente à qui on dit : « Prenez ça ! » (Rires) ! » (E5), « On a échangé, et il m'a dit : « Ah bé je vois que vous avez un petit peu d'acné, je peux vous proposer une pilule qui va y remédier. » (E9).*

Puis elle semble être poursuivie lors du début de la vie sexuelle et des années suivantes, où les participant-es ont pu se voir également proposer **l'implant contraceptif**. « *Le monsieur, il était pro-hormones, et il était absolument persuadé qu'il fallait ABSOLUMENT me mettre un implant dans le bras. [...] » (E12).*

Le **dispositif intra-utérin**, quant à lui, ne s'envisagerait qu'après une première grossesse. En effet, les participant-es rapportent des **idées reçues persistantes provenant de certain-es médecins**, allant jusqu'à les en dissuader ou leur refuser la pose : « *J'ai voulu mettre un stérilet, [...] je suis allée chez une gynécologue qui m'a dit que mon corps ne s'y prêtait pas, à l'âge que j'avais, je devais avoir 22-23 ans, elle m'a dit [...] que c'était pas la bonne thérapeutique, enfin dispositif. Et elle m'a dit : « Quand vous aurez eu des enfants, vous pourrez porter un stérilet. » » (E6), « Enfin le stérilet, ils le proposent jamais en vrai ! [...] Non, ils le proposent pas, à part si t'as déjà des enfants, mais sinon non. » (E15).*

Certain-es ont ainsi dû insister fortement auprès de leur médecin pour avoir accès à cette contraception, comme la participante E7. Il est très intéressant de noter par ailleurs qu'elle constate **une différence de pratiques médicales au sujet de la contraception et de sa prescription entre la France et un pays anglo-saxon** où elle a pu résider : *« En X [pays anglo-saxons], je travaillais avec des gynécos, [...] ils mettaient des stérilets même à des petites jeunes de 18 ans donc je me suis dit : "Ben non en fait, je peux le faire !" Donc du coup j'ai vraiment demandé et j'ai pas laissé le choix, j'ai dit : "Je veux un stérilet !" et puis voilà ! ».*

Ce schéma, considérant les patient-es en différentes « catégories » définies par leurs tranches de vie « génitale », n'est pas sans insinuer que la **prescription de contraception se réfère aux pratiques sexuelles supposées selon leurs âges.**

Ainsi, la participante E2 s'est vu presque **refuser une contraception car elle a été jugée trop jeune** par le médecin : *« Mais il m'a dit : « Mademoiselle je ne peux pas vous prescrire la pilule, parce que vous êtes beaucoup trop jeune ! » Alors j'avais 19 ans, mais il croyait que j'en avais 15 ! (Rires) ».*

La participante E5, au contraire, s'est vu prescrire une pilule contraceptive en raison de son acné juvénile, alors qu'elle n'avait pas besoin d'une contraception à ce moment-là. Elle pense que le professionnel de santé a jugé bon de lui prescrire ce traitement, afin qu'elle soit sous contraception pour un possible risque futur de grossesse non-désirée. Elle le ressent comme une **mainmise du médecin sur son corps et sa sexualité** : *« Je suppose que mon bon médecin généraliste de famille à 14 ans était tout content de dire, ou de sous-entendre à ma mère qui m'accompagnait : « Oh bé comme ça c'est bon, elle sera déjà sous pilule et il risque pas de lui arriver quelque chose quoi ! », donc de supposer, et de : « On est pas capable de s'occuper de notre contraception », et de : « C'est aux adultes de prendre des décisions pour nous », limite sans nous expliquer ce que ça fait au corps quoi ! ».*

La participante E13 [*dans ses propos off*], quant à elle, s'est vu déconseiller la pose d'un dispositif intra-utérin en raison des possibles « **pratiques sexuelles à risque** » auxquelles elle s'exposerait, contre-indiquant selon le gynécologue cette contraception, alors même qu'elle lui expliquait être en couple stable avec son partenaire : *« Je finis par lui demander : « Mais en fait, pourquoi vous me déconseillez le stérilet ? ».* Il me

*répond que je suis une jeune femme et par conséquent il y a de fortes chances que j'aie un grand nombre de partenaires sexuels, et un risque élevé de contracter une infection sexuellement transmissible, qui pourrait provoquer une infection pelvienne et causer un risque de stérilité en cas de port de stérilet. Lorsque je réponds que je suis dans une relation exclusive avec un seul partenaire, il me rétorque que c'est ce que beaucoup de ses patientes croyaient « Jusqu'à ce que leur mari leur refille le chlamydia » ». Il semblerait que **le médecin ait projeté ses « angoisses » sur sa patiente**, en raisonnant par analogie avec d'autres patient-es, sans tenir compte de son propre vécu à elle.*

Le discours de plusieurs participant-es révèle donc **l'impression d'un contrôle de leur sexualité** par les professionnel·les de santé **par le biais de la prescription de contraception**.

En plus de « surveiller » leur sexualité, ces « **absences de choix** » sembleraient également aspirer à un contrôle de leur désir de maternité, en témoigne la **difficulté d'accès à la stérilisation définitive** de la participante E12 : *« J'ai essayé plusieurs fois de me faire stériliser, ça a pas marché non plus! [...] « Trop jeune », « Pas assez d'enfants !". [...] J'avais...27 ! [...] On m'a carrément dit « C'est hors de question ! ». Mais pourquoi ?! Enfin, je suis majeure, je suis vaccinée, je peux vous dire que j'en veux plus, enfin... J'en voulais déjà pas un, donc pourquoi cinquante ?! « Oui, non, faut au moins 3 enfants, et avoir plus de 35 ans, voire 40 ans, pour être stérilisée ! ». La réponse des médecins a été de nouveau négative lorsqu'elle redemanda une stérilisation 3 ans plus tard, puis vers 38 ans. Ce n'est qu'après l'âge de 45 ans, qu'on lui aurait dit qu'elle pouvait envisager enfin l'intervention, ce qui pour elle n'avait plus d'intérêt en raison de l'approche de sa ménopause.*

Finalement, il semblerait que les participant-es n'ont pas toujours eu le choix au sujet des pratiques médicales concernant leurs corps, celles-ci ayant été souvent imposées par leurs médecins sous prétexte d'une meilleure connaissance. Iels souhaitent cependant à présent **reprendre le contrôle et les décisions concernant leur propre corps** : *« On va dire que le recul que j'ai pu prendre par rapport à mes propres choix et me dire « Bon ben maintenant c'est moi qui choisis. [...] C'est quand même mon propre corps, et c'est moi qui dois décider qu'est-ce que je veux en faire avec ! » » (E19).*

2- Savoirs féminins et sororité : la lutte contre le dogme médical

a) « Nous aussi, on sait ! »

Les participant·es ont insisté sur leur propre expertise concernant leurs corps et leur santé, obtenue notamment grâce aux **divers outils d'informations pour le grand public** à disposition, mais aussi **aux savoirs « féminins » transmis à travers les générations** : « [...] nous aussi on sait ! » (E6), « C'est aussi mon enfant, je sais aussi... enfin ce qu'il peut supporter ou pas ! » [Lors de l'hospitalisation de son nourrisson] (E1).

Selon la participante E16, ces savoirs « féminins » ont été peu à peu **mis de côté par les médecins**, comme cela a pu être le cas par exemple concernant ceux des femmes « guérisseuses » assimilées à des sorcières pendant la Renaissance : « [...] peut-être au moment aussi où y'avait le génocide des... des sorcières... des sorcières en Europe... et en fait y'avait énormément de femmes qui étaient visées, mais c'était quand même les... les guérisseuses entre guillemets... »

Dans leur propos, les interrogé·es nous ont expliqué comment certains de leurs savoirs, particulièrement concernant leur **sphère intime et leur santé de « femmes »**, leurs ont été **transmis entre femmes**, que ce soit de mères en filles, entre sœurs ou encore entre amies. Il semble rare que les participant·es en parlent avec les hommes de leur entourage, avec qui ces sujets semblent **tabous**. Les hommes semblent en effet être absents des discussions autour des **menstruations** : « La première fois que j'ai eu les règles, je suis sortie de ma chambre...ma mère m'a donné vu mon âge, des tissus etc, c'était compliqué. » (E18), de la **contraception** : « Je voulais la pilule, du coup j'ai demandé à ma mère de m'amener chez un gynéco. » (E4), de la **sexualité féminine** : « Ben le plaisir féminin, il est... il est vraiment tu, hein ! Il est méconnu ! Hm... Heureusement qu'on en parle entre copines, parce que sinon (Rires) ! » (E17), ou encore de la **ménopause** : « C'est après coup que je me dis en échangeant avec mes copines : "Ah oui d'accord, c'était la préménopause qui me faisait transpirer etc, etc." [...] Bon c'est rigolo, mais heureusement que y'a les copines quoi ! » (E6).

Par ailleurs, on devine dans leur discours « **l'empowerment** »²⁵ que ces expériences de vie féminines leurs confèrent, notamment celle d'une grossesse et d'un accouchement : « *Ouais c'est fondateur dans la vie d'une femme. Pour moi en tant que femme, ça a été ... c'est une révolution quoi !* » (E6).

Plus que d'être tabous avec leurs proches masculins, ces sujets semblent **tabous dans la société en général**, si bien que les participant-es se sentent **peu informé-es, même par les médecins**.

C'est le cas notamment pour les **symptômes ou les changements corporels liés à la ménopause** : « *Par exemple, je perds ma pilosité. Mais ça je savais pas qu'une femme elle perdait sa pilosité ! Je me découvre. Donc oui, y'a une transformation, mais que je découvre, plus que je ne l'ai apprise ou su.* » (E6). De ce fait, la participante E5 **s'inquiète déjà du futur suivi médical de sa ménopause**, craignant une mauvaise prise en charge des symptômes par le milieu médical, qui selon elle, les dénigreraient : « *Je suis loin de la ménopause, mais je suppose que ça va être un autre objet de lutte, de dire : quelle est la prise en charge ou pas, combien de médecins dénigrent complètement les symptômes et ne font rien alors qu'il est possible de prendre en charge et de faciliter la vie des femmes !* ».

b) Une sororité obligatoire devant l'invisibilisation des violences faites aux femmes

Plusieurs participant-es affirment qu'il est **difficile de parler des violences qu'ils ont pu vivre avec les soignant-es**, car ces dernier-es ne leur posent jamais de questions à ce sujet, **alimentant le tabou sociétal**: « *Moi la première fois où on m'a posé la question des violences, c'était la sage-femme que j'ai rencontrée y'a 3 ans, et pourtant des rendez-vous médicaux j'en ai eu un certain nombre, dont un certain nombre après avoir vécu des violences...* » (E5), « *Ben donc du coup la dernière fois où j'ai fait le frottis et que je suis tombée dans les pommés, juste avant, j'ai dit au mec : "Ouais, j'suis un peu traumatisée de cette zone-là, donc faut y aller hyper soft !" Mais il a pas posé de questions... même quand c'est amorcé euh...* » (E16).

²⁵ L'Empowerment, terme difficilement traduisible en français, traduit le « processus par lequel un individu acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'action. L'empowerment féminin concerne donc les femmes et leur capacité à s'émanciper par elles-mêmes. Il va au-delà de l'égalité hommes-femmes. » (331). Cette notion reflète donc l'auto-responsabilisation des individus et la reprise de pouvoir sur leur vie et les décisions les concernant.

Lorsque la thématique est abordée, les participant·es se heurtent parfois à leurs **méconnaissances quant à la prise en charge d'une personne victime de violences**. Iels ont été notamment confronté·es à des attitudes qu'iels ressentent comme une **négation ou une invisibilisation de leur vécu**, par exemple, au travers de paroles reflétant **un déni des violences subies** par les femmes dans la société. La participante E16 témoigne des paroles d'une gynécologue lorsqu'elle lui a expliqué avoir subi des violences sexuelles dans le passé : *« Elle me disait : « Ça semble tellement incroyable qu'on dirait que les gens mentent ! » Et euh... après elle s'est reprise, parce que je pense qu'elle s'est rendu compte que c'était hyper violent mais elle a dit : "Mais on sait qu'ils mentent pas hein ! Mais c'est impensable quoi ! » Ben ouais, mais en même temps, y'a eu le mot "mensonge" qui a été prononcé ! [...] Et je trouvais que c'était hyper grave en fait, [...] ça entretient vraiment une société encore une fois, où y'a... les... les victimes qui se taisent, et euh il faut surtout bouleverser l'ordre social quoi ! ».*

Les **conséquences des violences dans leur vie quotidienne**, notamment au niveau professionnel, semblent également être **minimisées** par les soignant·es. Certaines participant·es expliquent par exemple comment iels se sont vu proposer des **solutions empreintes de valeurs « masculines »** par les médecins, lorsqu'iels les ont consultés dans un contexte de harcèlement au travail : *« encaisser et se taire » ou « faire face et aller au combat » : « Mais donc, soyez forte, il faut y retourner, parce que sinon vous y arriverez plus, vous allez couler machin ». [...] On se retrouve, avec encore une fois, cette espèce de diminution ou de dénigrement des vécus par les femmes, à qui on dit : « Bah oui, votre vie elle est difficile, faite avec ! » » (E5), « Je veux dire à aucun moment il m'a mis en arrêt ou quoi que ce soit ! [...] Il a dit : "Bon c'est pas la solution, c'est pas comme ça qu'on va régler le problème, vous avez qu'à démissionner » Donc qu'est-ce qu'il faut faire ? Faut faire.... Faut supplier pour avoir 8 jours ? Quand on est au bout du bout ? » (E20).*

La participante E5 s'étonne quant à elle, de la prescription fréquente, selon elle, de médicaments de type anxiolytiques chez une femme victime de violence, plutôt que d'amorcer une discussion et un travail psychologique avec les patient·es : *« [...] plutôt des tendances à, euh... systématiser une prescription de médicaments, pour faire revenir dans la norme, et donc dans le calme, et donc dans la gestion de la situation...*

[...] alors que ce dont elles auraient besoin ça serait d'un cadre qui leur permettrait de travailler dessus, et d'intégrer et d'assimiler ce qu'elles viennent de vivre. [...] et pas lui faire taire de façon synthétique leurs émotions et leurs réactions d'urgence tout à fait compréhensibles dans le cadre d'une situation de violence. Donc y'a aussi à un moment donné, une espèce de non-reconnaissance ou de non réalisation des enjeux ».

Ainsi, ne trouvant pas de cadre de soutien auprès du corps soignant, les **femmes semblent préférer se tourner vers d'autres victimes** : « *Y'a vraiment un phénomène de société qui fait que les victimes de viol, elles sont toujours entre elles, enfin y'a vraiment une marginalisation je trouve des victimes, ou des personnes qui ont eu vécu des traumatismes quoi...* » (E16) ou vers **des associations féministes** : « *Il y a un grand nombre de femmes qui se tournent vers des assos, des écoutantes pour avoir des conseils sur des situations que ce soit des violences conjugales ou autres* » (E5). Une **sororité** particulièrement importante en découle.

3- Du conflit au partage des savoirs : le chemin vers la ré-autonomisation

Dans leur propos, les participant-es, surtout les plus jeunes, ont donc remis en question le **savoir soi-disant « omnipotent » des soignant-es et le paternalisme** dont iels font part, en supposant « **savoir mieux** » qu'**iels ce qui est bon pour iels** : « *Y'avait certains médecins qui n'avaient pas de patience et qui n'avaient pas envie de se remettre en question [...]* « *Ben oui ma petite dame, vous êtes gentille, mais vous êtes pas médecin !* ». *[...] Ça met en colère de voir des professionnels qui s'arrogent en fait ce droit, simplement parce qu'ils pensent qu'ils savent mieux que toi, quels sont les choix qui vont être bon pour toi. Alors qu'ils y connaissent rien en fait ! Ils te rencontrent 20 minutes dans leur vie... »* (E8).

Iels disent alors devoir parfois beaucoup **insister** pour recevoir une prescription, surtout en tant que patient-e femme : « *Le fait de devoir me BATTRE, mais vraiment me BATTRE, pour avoir des putains d'ovules après mettre fait prescrire des antibiotiques en fait ! Genre... et les médecins, ils me disaient : « Ben non t'as pas besoin, t'auras ... t'auras pas de mycoses ! » Et CA, ça m'a VRAIMENT marqué !* » (E16), « *Je pense que quand t'es une femme et que tu veux voir... que tu veux avoir une bonne prise en charge, ben t'es quand même*

obligée d'INSISTER, ou alors d'avoir des bons professionnels de santé qui sont... ben à l'écoute et... voilà. Mais je pense que c'est plus dur pour te faire soigner en quelque sorte. » (E15).

Iels sont unanimes également quand il s'agit de signaler le **manque d'explications** concernant leur état de santé et les soins qu'ils reçoivent de la part des professionnel·les de santé : « *Il a été super désagréable avec moi, il n'a pas voulu m'expliquer ce qu'il faisait et le pourquoi du comment, euh, et j'ai un compte-rendu mais bon je comprends pas grand-chose. » (E1), « C'est comme ça à chaque fois, y'a pas de réponses claires et nettes Voilà... " C'est normal, c'est pas normal, je vous donne un médicament, je vous donne ci, on essaye.", RIEEEN ! Y'a jamais de réponses. (Rires) » (E20).*

Plusieurs participant·es ont l'impression que si les médecins leur donnent si peu d'informations, c'est parce que ces dernier·es **considèrent qu'ils ne sont pas en mesure de les comprendre** : « *J'ai l'impression que...euh... il y a eu des fois où on te fait des actes médicaux mais en fait tu comprends pas trop le sens et presque on pourrait te faire croire que t'es pas en capacité de comprendre quoi, parce que c'est trop compliqué pour toi et que ça a pas d'intérêt, que c'est comme ça et tout. » (E1), « Ils nous prennent un peu pour des... des... y'a des médecins qui prennent les patientes pour des ignorantes. Ils leurs expliquent pas... les termes etc ! » (E12), « Elle fait l'écho et elle me dit pas ce qu'elle voit sur l'écran. Et en fait, je suis pas neuneu, elle peut me dire : « Ben là c'est les ovaires, là c'est ton utérus avec ton endomètre ». [...] Je veux pas un truc détaillé, mais au moins qu'elle me dise : "Ça va, ça va pas", [...] c'est quand même le minimum de communication quoi ! » (E17).*

Au contraire, les participant·es portent une grande importance à la notion de « **décision partagée** ». Iels attendent des explications suffisantes de la part des soignant·es leur permettant de **comprendre les soins envisagés** et de **prendre les décisions concernant leur santé** : « *Elle [sa sage-femme] explique tout ce qu'elle fait, elle explique pourquoi, elle explique ce qu'elle note elle explique en quoi ça va ou ça va pas. [...] Elle est vraiment dans ce sens-là où tu peux vraiment comprendre ce qu'on te fait, pourquoi et du coup, euh, tu fais quand même, mais voilà, en conscience quoi ! Ça c'est chouette ! » (E1), « [...] qu'on m'explique bien, ouais, tout ce qui est en rapport, voilà, avec les différentes maladies ou autres, enfin, pour pouvoir m'amener à un*

état de [...] consentement éveillé, ou vraiment tu as toutes les informations pour pouvoir faire tes choix quoi ! » (E3).

La participante E16 trouve que cela est plus simple à trouver en consultation de médecine générale plutôt qu'avec d'autres spécialistes : « En gros dans la médecine générale ça va, je trouve que y'a moyen d'être rassurée [...], enfin j'ai l'impression que y'a un savoir un peu plus accessible. Alors que dès qu'on va chez un spécialiste euh... y'a vraiment un rapport que je supporte pas... ».

Cette communication semble améliorer **l'acceptation et l'efficacité du traitement** : « Quand je suis chez le docteur, je demande TOUJOURS à quoi sert tel médicament, [...] parce que j'aime pas qu'on me donne des trucs à avaler sans que je sache ce que c'est ! » (E15), « J'envisage pas une manière de me guérir, qui soit pas intellectuelle en fait, j'ai besoin de savoir ce que je prends. [...] Si je prends un médicament, sans savoir ce que c'est, pour moi, ça va pas marcher en fait quoi. » (E16). De plus, le fait de comprendre le but des examens réalisés et d'où viennent leurs symptômes semble jouer un **rôle de réassurance** : « Elle [une gynécologue] m'avait fait une écho endovaginale, [...] elle m'a expliqué de A à Z comment ça allait se passer, même pendant l'échographie en fait, elle m'expliquait ce que je voyais. [...] Donc j'étais beaucoup plus rassurée. » (E7). Pour certain-es, il s'agit même d'une **nécessité pour se sentir en confiance avec la prise en charge envisagée** : « C'est lui qui m'a opérée, parce que au moins, il m'a dit les risques réels, et c'était des risques sur mon métier. Donc j'avais besoin de savoir ce qui pouvait se passer pour pouvoir faire mon choix. Et dans ces conditions, je choisis de faire confiance. » (E8).

De plus, iels disent apprécier quand les **médecins admettent ne pas tout savoir et pouvoir se tromper**. Leur confiance semble alors majorée : « Comme si un traitement, ça allait de soi, ça allait marcher. [...] Il a supposé que ça peut ne pas donner, que c'est admis par le docteur aussi, que la prescription c'est pas... Enfin c'est pas des sorciers non plus ! [...] Pour moi ça fait partie du lien de confiance avec mon médecin. » (E6), « [...] pas tenir un discours, genre « C'est sûr ! » Enfin si je vois que le médecin envisage lui-même qu'il peut se tromper, euh... ben genre, ça me pousse à lui faire confiance. » (E16).

Pour finir, iels souhaitent que les soignant·es **prennent en compte leur avis et leur propre expérience** : « *« Encore une fois, je suis asthmatique, je sais quand j'ai besoin de ventoline, je sais quand j'ai besoin d'antihistaminique ! [...] faire confiance en fait au patient, parce que... Ils sont pas là pour faire chier déjà ! »* (E16), « *[...] qu'ils sont aussi ouverts à vraiment se remettre en question sur plein de choses et à entendre ce que j'ai à leur dire quoi... vis à vis de ce que je vis (Rires) ! »* (E3).

Cependant, iels se confrontent parfois à un **mépris des soignant·es** : « *J'ai essayé de leur dire, on m'a presque engueulé que genre je vais pas leur apprendre leur métier ! [...] À chaque fois que je disais un truc, j'avais l'impression qu'il me disait : " Non mais genre, vous vous savez pas, nous on sait ! " »* (E1), « *En fait, il [un kinésithérapeute] en a rien eu à faire de ce que j'avais à dire, il m'a dit : « Non mais c'est bon je connais mon métier. » »* (E8).

Les participant·es ont donc dénoncé la **structure hiérarchique de la relation de soins**, souhaitant au contraire tendre vers une **relation plus horizontale avec leurs soignant·es, permettant un véritable partage des savoirs**. Cette asymétrie au sein de la relation n'est pas sans risque de détériorer la communication avec les patient·es, et de ce fait, de générer de la « violence ».

V- De la nonchalance à la culture du viol dans la relation de soin

1- Réification : quand les patient·es se sentent déshumanisé·es

Plusieurs participant·es ont déclaré avoir le sentiment d'être **déshumanisé·es** lors de certains soins, comme si iels étaient seulement un **« objet d'étude »** : « *[...] l'impression d'être à la chaîne, euh qu'on nous regarde pas, qu'on fait les gestes un peu vite, avec un consentement un peu limite, voire très très loin. »* (E5), « *Disons que, ce que j'attends en général c'est un... un rapport neutre à mon corps, et que ça m'est arrivé à la place d'être devant un rapport déshumanisé. »* (E8), « *J'ai l'impression que je suis un objet d'étude, mais pas dans le bon sens quoi! Dans le sens « Je fais mon truc, et basta, bye bye ! » »* (E15), « *C'est surtout une forme de...*

d'indifférence, mais vraiment euh, c'est ultra violent ! On est vraiment... on est déshumanisés en fait !» (E17).

Cela amène certain·es à **se sentir dépossédé·es de leur corps** : « *Elle était arrivée à l'hôpital, le médecin était arrivé, avait regardé son dossier, l'avait même pas regardé dans les yeux, et s'était barré en disant « Césarienne ! ». Et elle, elle avait pétié un scandale, en mode euh... on peut pas déposséder le ... le... » (E16).*

a) Une communication défaillante

Dans leur propos, les interrogé·es ont reproché à certain·es soignant·es leur **manque d'aptitude à la communication**, les décrivant comme « **maladroits** » ou **manquant de « tact** » : « *Excuse-moi, je trouve que les médecins n'ont pas de tact !* » (E11), « *Je pense que... ça doit être quelque chose d'assez commun chez les patients, de s'entendre dire des choses qui peuvent, voilà qui peuvent vraiment affecter. [...] Vous avez des personnes... soignants, qui sont très très maladroits dans...très maladroits (rires), dans leur façon de dire les choses, de s'exprimer !* » (E14).

Plus que de la maladresse, certain·es déclarent avoir été confronté·es à une **attitude froide, voire agressive** avec certain·es professionnel·les de santé : « *Oh mon DIEEEU, c'est la pire personne que j'ai jamais vue, ça m'a calmé après des gynécologues. Et je vais la voir, elle... elle était hyper froide, hy... hyper, je sais pas... Enfin bref, elle voulait juste faire son truc et partir je pense.* » (E15).

D'autres rapportent une attitude **condescendante** de la part de certain·es soignant·es. Selon E8, le fait d'être perçu·e comme une femme l'y confronterait davantage : « *Par contre, très très très souvent, ce qui m'énerve au plus haut point en plus, [...] c'est la condescendance, que... à laquelle j'ai été énormément confrontée, en plus en étant une fille pas très grande, avec une petite voix un peu aiguë, euh... c'est très très dur en général de me faire prendre au sérieux par les médecins.* »

Par ailleurs, un grand nombre de participant·es ont vécu des consultations lors desquelles iels ont eu l'impression d'être « **réprimandé·es** », soit, à titre d'exemples, parce qu'iels ne semblaient pas réagir assez rapidement aux demandes du ou de la praticien·ne, ou bien parce que les conditions de l'examen ne convenaient pas à ces dernier·es : « *Elle [une gynécologue] me dit (prend une intonation très sèche) : « Détendez-vous, détendez-vous ! Détendez... » pour me faire une écho [...] Et « Détendez-vous ! Vous avez*

pas mal pendant vos rapports sexuels ? », « Ben non, pourquoi ? », « Parce que là euh... vous êtes très serrée hein ! » Donc euh... voilà... » (E11), « Donc j'étais allongée, c'est pas très agréable hein, allongée, voilà les jambes écartées, et en fait, j'étais déjà au bord de la chaise, et elle me dit : « Bon bah, ré avancez-vous encore ! » Sur ce ton-là ! Donc je me ré avance doucement [...] et elle me dit : « Mais vous voyez bien que c'est pas la bonne méthode, là vous avancez pas du tout, avancez franchement ! » Mais sur CE TON-LA ! Je suis pas une neuneu, je comprends les instructions, mais il faut me le dire juste, euh, gentiment. Elle était hyper agressive ! » (E17).

S'y ajoutent parfois un sentiment de **culpabilisation** lorsqu'ils semblent avoir être pris-es pour responsable de la difficulté de réalisation de l'examen, comme l'exprime E1 au sujet d'une échographie pendant sa grossesse : « Il n'arrivait pas je crois à voir les 4 ventricules du cœur correctement, et donc il me dit : « Ah j'arrive pas à voir, j'arrive pas à voir ! C'est le cœur et tout ! ». [...] Donc on est resté très longtemps, et presque il m'engueulait quoi ! [...] « Votre bébé n'est pas bien placé, machin et tout ! » [...] A trois reprises il m'a repris pour me refaire l'écho de ce qu'il avait pas vu, en me faisant super mal, en me disant, énervé : "Vous n'avez pas assez marché, il n'a pas bougé comme il faut ! ».

Ce manque de bienveillance se rapprochent d'une **forme de violence** pour certain-es des participant-es : « Le fait qu'il [un médecin] puisse avoir une forme de nonchalance vis-à-vis de certaines choses, ça me faisait aussi trop violence du coup ! » (E3), « C'était proche d'une forme de violence obstétricale... En tout cas, moi je l'ai ressentie comme ça » (E17), ce qui les conduit parfois à **renoncer à la poursuite de la prise en charge médicale** : « Elle [une gynécologue] a été euh... soit indifférente, soit glaciale, euh, soit euh... énervée parce que je comprenais pas ses consignes en fait. Elle a été, mais, horrible du début à la fin ! A tel point que, quelques semaines après, sa secrétaire m'a demandé de revenir pour qu'on discute des résultats d'analyse qu'elle avait reçu entre-temps et en fait il était hors de question que j'y retourne en fait. C'était pas possible. Je suis sortie de la consultation vraiment hyper traumatisée. » (E17).

Pour finir, un autre aspect énoncé par plusieurs participant-es est le **manque de franchise** du ou de la médecin au sujet de leur état de santé ou des effets secondaires de la prise en charge envisagée : « *C'est clair que par exemple, je vais jamais accepter un soin d'un... d'un professionnel de santé qui ne me dit pas tout. Qui... Où je sens que certains aspects sont passés sous le tapis. Donc ça c'est clair et net, c'est non !* » (E8). La participante E4, par exemple, s'indigne du fait que le chirurgien qui l'a opéré de son genou ne lui ai jamais évoqué le déficit musculo-tendineux de sa jambe pour lequel la récupération sera difficile : « *Et là, j'ai compris qu'il le savait depuis 6 mois en fait, et que depuis 6 mois, il m'a dit que : « Mais non il n'y a rien ! » Euh... Et quand je dis j'ai compris, je l'ai pas interprété, c'est vraiment... je lui ai demandé, et il m'a dit: « Oui, mais vous étiez dans un état, enfin ça allait pas du tout, vous étiez en larmes face à moi, clairement vous étiez super angoissée, donc vous étiez pas en état de gérer ça! » [...] J'ai trouvé ça juste odieux ! Il a pas, quel que soit mon état, déjà il a pas à interpréter, puisqu'en plus clairement il a mal interprété mon angoisse, et puis je sais pas, il a pas le droit de retenir des informations sur mon compte !* »

b) Quand l'examen clinique est douloureux...

Les participant-es sont nombreuses à rapporter un **vécu douloureux de l'examen clinique, notamment gynécologique, qui est décrit comme non « délicat »** : « *C'est très brut, c'est : « Allez ! Déshabillez-vous ! Hop ! Enlevez... Allez... à poil ! Sur la table ! », Euh il [un gynécologue] fait des gestes très vifs, très... il est pas doux, il est pas délicat. Euh... « Allez on y va, on rentre, on sort, hop hop hop, l'écho vaginale, tac tac tac, ça y'est c'est fini !» (E1), « Quand on doit palper mes seins, etc [...] Encore une fois certains gynécos, sont... notamment les femmes... elles... elles font mal quoi ! C'est... parce qu'elles connaissent je pense la douleur ! Donc euh... les hommes sont plus délicats ! » (E11).*

La participante E8 rapporte un vécu similaire lors de l'examen en général, ce qu'elle décrit comme un « **manque de respect** » de la sensibilité de son corps : « *Je me souviens tu vois, d'une des gynécos, qui a un moment donné m'a fait un examen, euh... POUAAAH POUAAAH (fait des grands gestes avec ses bras), tu vois c'est... enfin.... C'est une zone sensible quand même (Rires) ! Est-ce qu'on pourrait juste faire ça tranquillement (Rires) ?! [...] Ou même dans la manipulation d'un membre, ou quoi que ce soit, de pas prendre en compte le*

fait que y'a des nerfs ! Donc ça peut faire mal en fait d'aller trop vite ! Je sais que toi tu dois aller vite, que t'as beaucoup de patients à voir, mais enfin.... j'ai quand même mal à mon articulation, en fait, donc si tu pouvais juste considérer ça comme une extension d'un être humain, ce serait bien ! »

Certain-es déclarent même avoir eu des **douleurs persistantes à la suite d'une consultation** : « *Je sais pas pour quelle raison mais ça m'a... ça m'a brûlé en plus, donc je suis ressorti avec des brûlures horribles, en pleurs du coup et ça m'a brûlé encore pendant des heures après donc c'était vraiment pas... vraiment pas la meilleure expérience que j'ai pu avoir dans le cadre de la médecine.* » (E3), « *Elle m'a pas anesthésié. J'ai eu très très mal. C'est la pire douleur que j'ai jamais ressentie de ma vie! [...] J'avais été traumatisée après ça, parce que j'avais eu SUUUPER mal, c'était horrible !* » [Dans le cadre d'une vaporisation laser du col de l'utérus] (E15).

c) Non-respect de leur pudeur

Les participant-es ont tou-te-s vécu une situation de soin où leur pudeur n'a pas été respectée. Pourtant le dévoilement plus ou moins large du corps lors de l'examen clinique **peut susciter une gêne importante** : « *laisser voir des étrangers comme ça, je suis jamais super à l'aise.* » (E1), « *il y a cet aspect, oui, à la nudité, des fois qui peut...qui peut être gênant.* » (E3).

Le malaise est renforcé quand il s'agit d'examiner les parties génitales ou la poitrine. La sensation d'être à nu est décuplée et l'examen est vécu pour certain-es comme une véritable « *intrusion* » dans leur sphère intime : « *Alors là l'auscultation, c'était une torture pour moi ! [...] Y'avait une tension en moi ! [...] C'était les organes génitaux, j'étais pas à l'aise, du fait qu'ils euh... on entrait dans cette intimité de moi.* » (E6), « *C'est très bizarre dans le sens, où c'est... bah voilà on est nue ! [...] En sachant qu'il y a vraiment une intrusion au niveau du corps et c'était parfois vraiment, bah ouais, je sortais de là, j'étais pas très bien.* » (E7).

Iels sont d'ailleurs plusieurs à avoir été confronté-es à une **consultation ou une intervention entièrement nu-es**, ce qu'iels ne jugeaient pas nécessaire : « *Chez la gynécologue qui avait des propos un peu bizarres, qui me faisait tout enlever en fait. Et là on était complètement nue ! [...] Et avec du recul, je me dis : "Ah bé finalement, c'était pas nécessaire !". D'autant plus que l'examen des seins n'était pas systématique ou, en fait ça pouvait se faire en deux temps, enfin je trouve.* » (E9), « *Et chez la gynéco là... alors là j'ai pas tout compris, c'est la première fois... D'accord euh...mon ancien docteur qui me faisait frottis, qui faisait tout, médecin généraliste, il me faisait que me déshabiller en bas, elle, elle me met toute nue quoi ! En entier ! [...] Ah oui j'étais vraiment mal là !* » (E10).

La participante E4 dit s'être ainsi sentie **comme un « morceau de viande »** lors d'une intervention chirurgicale, lors de laquelle son intimité n'a pas été respectée : « *Ben en fait, j'avais un drap sur le corps, [...] le drap a glissé. [...] Donc en fait, j'avais ma chatte grande ouverte face aux 10 personnes qui étaient là, et personne n'a eu le geste de juste remettre le drap en fait ! Et c'est là, où tu te dis, mais t'es vraiment juste un bout de viande !* ».

Certain-es rapportent également recevoir parfois les explications médicales et les prescriptions, alors mêmes qu'iels ne sont pas encore rhabillé-es et installé-es autour du bureau : « *Quand elle fait son diagnostic, les ordonnances éventuellement pour la mammographie comme elle m'a fait et tout, elle me pose des questions, ben... Je suis pas rhabillée encore quoi ! [...] Et puis c'est pas caché, donc euh toi t'es pas à l'aise, même si elle va écrire quelque chose sur son ordinateur, toi t'es là quoi !* » (E10), « *Y'a juste à la fin, j'étais encore en sous-vêtements, en fait il s'est assis à côté de moi pour euh... faire le debriefing en fait, euh... et donc je pouvais pas le voir en face, en fait, j'étais obligée de tourner la tête, et donc c'est à ce moment-là que je me suis levée et je lui ai dit : "Ah ben je vais quand même me rhabiller et m'asseoir face à vous pour parler !* » (E13).

Enfin, le dénudement du corps semble **d'autant plus difficile pour les patient-es ayant subi des violences dans leur vie personnelle** : « *J'ai eu une période, donc toujours par rapport à mon processus de guérison [suite à des violences sexuelles], où ça me mettait super super mal à l'aise.* » (E16), « *Avec aucune considération sur : « Est ce qu'il y a eu violences sexuelles ou pas dans le passé ? » Dans mon cas oui en plus, donc le niveau de*

stress, on se le gère toute seule, et après avec les copines, parce que voilà ! [...] Ce n'est pas anodin de toucher une femme qui était traumatisée sexuellement, et qui va avoir des réactions qui sont autres que le mec qui va bien, qui n'en a rien à faire ! (Rires) » (E5).

Comme le souligne la participante E5, **un examen du corps ou un geste de soin qui semble « banal » peut être à l'origine d'un stress important chez un-e patient-e victime de violences**, ce qui ne semble pas toujours pris en compte par les soignant-es. La participante E4, par exemple, rapporte son inquiétude quant à une conisation programmée. Elle craint notamment que cette opération réactive le syndrome de stress post-traumatique qu'elle avait vécu suites à des violences sexuelles : *« Ça me stresse pas mal. [...] C'est pas le fait d'être opérée, c'est le fait de l'endroit où tu es opérée. Genre il te coupe le bout du col de l'utérus. Et si j'ai bien compris, il passe par le vagin. Genre ils mettent un bistouri dans ta chatte quoi. [...] Et ouais, ça bizarrement, je trouve ça vachement plus intrusif qu'un frottis. [...] J'ai demandé à être arrêtée, car psychologiquement je suis pas sûre d'être en capacité de bosser dès le lendemain. Ouais ça m'inquiète. »*

d) Un « consentement » parfois inexistant

De plus, iels pointent du doigt **l'absence de consentement** qu'iels ressentent lorsqu'un-e soignant-e touche leur corps ou effectue un geste sans les prévenir. Iels **se sentent alors dépossédé-es de leur corps** : *« Donc j'étais sur le ventre, et donc il [un kinésithérapeute] a dégrafé mon soutien-gorge sans me prévenir ! Et je me suis retrouvée vraiment...la moitié des fesses à l'air et le dos nu, sans qu'on m'ait prévenue avant. » (E13), « Elle me dit pas aussi euh... quand est-ce qu'elle va mettre le... le... je sais pas ce que c'est comme instrument pour le frottis, un petit coton-tige, j'en sais rien.... [...] On va mettre quelque chose dans ton vagin, donc la moindre des choses, c'est de prévenir ! » (E17), « Le fait de mettre le spéculum sans mettre de lubrifiant avant, sans demander, enfin... Y'a vraiment un truc où... où je m'étais sentie vraiment dépossédée de mon corps ! » (E16).*

Parfois, les participant-es se sont vu-es imposer une prise en charge, alors même qu'iels avaient mentionné leur désaccord en amont aux soignant-es : *« On m'avait proposé anesthésie locale ou générale, et j'avais demandé locale, et en fait, sans me prévenir ou quoi, en fait ils ont mis un truc dans ma perf' et après ils m'ont*

dit : « Au fait, on vous a donné des médocs super forts, vous allez être K.O, vous allez vous endormir. » Et ça je trouve que ça va pas du tout en fait, on peut pas me shooter sans mon consentement ! » (E4), « C'est vrai, parfois on m'a fait des choses, je découvrais au moment même qu'on me les faisait, sans même savoir pourquoi, comment, euh, sans qu'on m'en ait informée ou qu'on m'ait demandé mon consentement avant ! » (E19).

Au contraire, d'autres participant.e.s, plus âgé-es (>45ans), **ne remettent pas en question l'absence d'explications et de demande d'accord** avant d'effectuer un geste. Iels semblent livrer leur corps complètement à l'expertise de leurs médecins et être satisfait-es de la prise en charge même si un geste a été effectué sans les prévenir en amont : « Elle m'a dit : « Il va falloir l'enlever ! » [Un DIU]. Parce que ça faisait au moins 6 ans. Elle a regardé pendant mon examen, et elle l'a retiré sans rien dire, net comme ça. Mais de toute façon elle a bien fait, il fallait rien me dire, parce que je me serais... je me serais tendue. » (E6).

La participante E2, quant à elle, décrit, sans mécontentement, son hystérectomie et le fait que d'autres gestes chirurgicaux ont été effectués lors de l'intervention sans qu'elle n'en ait été prévenue. Plus que cela, son discours semble même honorer le chirurgien qui « a fait plus que ce qu'il devait faire » : « Alors j'étais recousue, et je comprenais pas pourquoi j'avais des points parce qu'il m'a fait cette opération par voie naturelle. [...] Mais il [son chirurgien] me dit : « Mais Madame, on vous a retendu le périnée, de quoi vous plaignez vous ? ». Je n'étais même pas au courant ! Personne ne m'avait rien dit ! Mais il m'a fait un sacré cadeau ce gynécologue ! [...] Quelle CHANCE j'ai eu de tomber sur ce...Haaan ce gars ! Mais...mais il est...ce médecin, non mais il est EXTRAORDINAIRE, vraiment ! ».

Tous ces verbatims nous invitent à réfléchir à la **culture du viol²⁶ et à son intégration par les soigné-es comme les soignant-es.**

²⁶ Sur le plan sociologique, la « culture du viol » est définie comme « un ensemble de normes, de valeurs et de croyances partagées dans une société donnée qui contribue à encourager les violences sexuelles » (332).

2- L'intégration de la culture du viol

a) Un « entre-soi » masculin au sein de la profession médicale

Les participant·es ont appuyé le fait que le **milieu médical était historiquement exclusivement masculin**, ce qui explique selon iels que **les normes patriarcales y restent très présentes** : « *C'est un milieu très... euh... très patrir...patriarcal...enfin même si je pense que y'a de plus en plus de femmes qui sont là-dedans.* » (E16). Bien qu'iels perçoivent une **féminisation grandissante de la profession**, iels semblent penser que les **soignantes femmes ont assimilé les normes et comportement de ce milieu masculin** : « *Mais en tout cas, le médecin en question était une femme. [...] Oui oui, oui je pense que... les femmes peuvent être sexistes également, oui !* » (E13).

Il semble ainsi régner **un entre-soi masculin au sein des professions soignant·es**, que l'on remarque même lors de l'interaction des professionnels masculins avec leurs patient·es. Les participant·es E8 et E14 racontent par exemple comment leur compagnon ont pu être pris à parti par des médecins hommes lors d'une consultation à deux : « *[...] de voir le regard du praticien en face, qui vérifie sur le visage de mon compagnon, que ce que je dis est vrai !* » (E8), « *[...] il avait dit à mon mari « Bon courage ! ». Et ça, ça m'a... ça m'a choqué, ça a choqué mon mari.* » (E14).

Cet entre-soi masculin n'est pas sans risque de perpétuer, au sein de la relation de soin, une **culture du viol** déjà omniprésente dans la société. L'interrogée E17 évoque ainsi **un effet de groupe qui règne au sein des professions soignant·es**. Elle raconte en effet son expérience avec des soignants masculins lors de son cursus professionnel de kinésithérapeute : « *J'ai pu entendre comme ça des... des médecins, par exemple entre eux qui disaient : « Ah cette patiente, elle est bonne ! Elle avait une petite culotte super mignonne ! » ou des choses comme ça en fait, qui sont hyper choquantes, mais vraiment très ! Déjà ils se le disent entre eux, potentiellement ils savent que je vais entendre... en fait y'a rien qui colle quoi ! C'est pas du tout respectueux ! [...] Ils étaient plus du tout dans leur rôle de thérapeute en fait ! [...] Je pense qu'en plus, l'effet grégaire a*

amplifié les choses, mais ça veut dire que c'est quand même un moment donné dans leur... dans leur cerveau de mater les fesses des patientes quoi ! Et de les sexualiser surtout en fait ! ».

Parfois ces **propos ou attitudes jugés « déplacés »** par les participant-es, leurs sont directement adressés : « *En fait pendant l'auscultation, il m'a fait des remarques par rapport à l'état de ma... de comment dire... de ma muqueuse ou je sais pas, vaginale, du coup, qui était en gros « jeune et fraîche, comme il faut » (Rires). [...] Vraiment ça me dégoûte qu'il ait pu émettre ce genre de... de remarque, euh... ouais hyper malsaine, en fait, qui est très représentative de la culture du viol dans laquelle on baigne, où les femmes sont bien quand elles sont jeunes et fraîches quoi ! » (E3), « C'est-à-dire soit des regards qui sont déplacés, soit des... soit des... des... des manières de toucher qui peuvent l'être tu vois... que ce soit simplement dans... dans les mains un peu trop baladeuses ! » (E8).*

b) Un médecin « compétent » exerçant au sein d'un « cadre thérapeutique »

On retrouve dans le discours des participant-es la notion de « **cadre thérapeutique** » entourant la **consultation de soin** qui semble rendre l'examen clinique plus « rassurant » même lorsqu'il est désagréable ou gênant : « *J'essaye de mettre les choses dans le contexte médical et de...de mettre de la distance. [...] Je sais très bien que euh... c'est des professionnels de santé, si tu te déshabilles pas, ben ils vont pas pouvoir t'ausculter, donc au bout d'un moment, il faut prendre sur soi, et le faire.* (E13).

Cependant, ce « **cadre thérapeutique** » peut parfois légitimer à tort le comportement de certain-es **soignant-es** (nonchalance, absence de demande de consentement, non-respect de la pudeur, etc), qui ne feraient finalement qu'un acte médical pour le « bien » de leurs patient-es. Les participant-es iels mêmes semblent excuser ces comportements, appuyant le fait que **malgré ces attitudes désagréables, les médecins rencontrés étaient très « compétents »** : « *Il était très compétent, mais il était assez rustre, assez vieille école et tout.* » (E1), « *Et je crois que c'est un très bon chirurgien, mais j'irai jamais retourner le voir, parce que je me suis pas du tout sentie respectée.* » (E4).

c) Socialisation féminine : entre acceptation et résignation

Il semble que les participant-es rencontrent des **difficultés à signaler aux soignant-es que leur attitude leur déplaît**. La participante E13 explique par exemple qu'un kinésithérapeute lui dégrafait le soutien-gorge sans la prévenir lors des soins et la tutoyait sans lui avoir préalablement demandé son accord, mais qu'elle n'a pas eu « *le courage* » de lui signaler son malaise au sujet de cette attitude. Par ailleurs, elle s'est dit que ce n'était pas si important que cela : « *Ma séance suivante, il a fait la même chose, il a à nouveau dégrafé mon soutien-gorge sans me prévenir. Et bon j'avoue que j'ai... j'ai pensé à lui faire remarquer que j'appréciais pas trop... mais je l'ai pas fait, en me disant : « Oh c'est pas si grave ». »*

La **socialisation « féminine »** est de nouveau évoquée pour tenter d'expliquer ce comportement de « **résignation** » dans une situation de soin jugée désagréable voire violente. Selon la participante E13, il n'est pas appris aux femmes, contrairement aux hommes, à s'exprimer, s'imposer et revendiquer leurs droits. À l'inverse, l'accent est mis sur le fait **d'éviter le conflit et d'être « consensuelle »** : « *Il me semble que la socialisation féminine influence la façon de réagir - ou plutôt de ne pas réagir - face à ces situations. [...] On ne m'a jamais appris à me défendre, que ce soit me défendre physiquement ou défendre mes droits ou mes intérêts. A l'inverse, on m'a appris à éviter le conflit, à être consensuelle. Je pense que ces éléments sont plus valorisés dans la socialisation masculine. »*

Enfin, la participante E15 pense que les femmes sont nombreuses à ne pas être ou avoir été satisfaites de leur suivi médical, mais que **les langues ont encore du mal à se délier pour « dénoncer » ces expériences négatives** : « *Je pense que y'a une génération de femmes qui ont pas été satisfaites par des médecins et que ben, on continue à toujours rien dire parce que ben... on nous a appris depuis toujours que ne rien dire et se taire c'était mieux, donc ben on le... on continue à le faire ! (Rires) Même si on sait que c'est pas bien et que les gens parlent beaucoup plus maintenant, par exemple des violences obstétricales etc. ».*

VI- Conséquences sur le recours aux soins : une véritable « défiance de groupe »

1- De la résignation à l'évitement

a) Une crainte de « dire »

Le **manque de considération des soignant-es** envers la verbalisation de leurs plaintes, encouragent parfois les participant-es à préférer **taire leurs symptômes** : « *Ou alors de pas du tout insister sur un point parce que je sens que clairement le gars, il me croit pas et il me prend pas au sérieux. Et de juste laisser tomber quoi.* »

(E4). Parfois, cela fait suite à une remarque d'un-e soignant-es attribuée à de la **condescendance**, comme l'explique la participante E8 lors de son expérience avec une gynécologue : « *C'est aberrant en fait, parce que dans ces cas-là c'est : « Bon bah ok, ça veut dire que j'aurai pas dû le dire, donc euh... ben en fait peut-être qu'il faut que je lui en dise moins ! » ».*

Par ailleurs, une grande partie des interrogé-es a évoqué avoir le **sentiment de manquer de temps et d'espace** dans la consultation médicale pour poser leurs questions au médecin : « *Y'avait le fait que j'avais l'impression que puisque que y'avait très peu de place pour la discussion, qu'il fallait absolument que j'ai ma liste de questions prêtes, répétées, que je sois prête à les sortir en une-demi seconde, quand il y avait une porte ouverte pour !* » (E5), « *Et puis euh... quand c'est trop rapidement, comme ça euh... on te balance plein d'informations ! On te dit rapidement « Vous avez des questions ? ». J'ai l'impression qu'il faut PRESQUE se noter les questions AVANT pour pouvoir les poser, parce que après on est... on est tout con, on sait plus comment on s'appelle... C'est l'impression que j'ai.* » (E11). Par conséquent, iels sortent souvent de consultation avec des **interrogations persistantes** et se retrouvent parfois à consulter un-e autre soignant-e, dans l'espoir d'obtenir plus facilement des réponses : « *En fait je me suis retrouvée 6 mois plus tard à aller voir une sage-femme, que je vois régulièrement pour le suivi gynéco, et elle, je me sentais plus de dire: « Je viens, y'a 3-4 mois j'ai été chez une médecin généraliste, elle m'a prescrit une pilule, euh, je manque d'infos, je comprends pas tout, je sais pas si je veux continuer, etc. » » (E5), « *J'ai ma sœur qui est infirmière, donc en fait... je posais plus les questions à ma sœur qu'au médecin du coup.* » (E7).*

b) Du jeu de rôle à la séduction

Pour que leurs **symptômes soient considérés comme « valides »** par les **soignant-es**, certain-es participant-es déclarent avoir besoin **d'exagérer leurs plaintes, de « pleurer » pour être entendu-es** : *« J'étais à côté quand il faisait des consultations de mon père, jamais il dit que c'était le stress enfin.... Jam... Ou même quand je parle avec mon copain, ou avec d'autres garçons, JAMAIS ils vont minimiser, ou alors ils vont leur prescrire tous les examens possibles et imaginables de suite ! T'as pas besoin de pleurer pour avoir un examen ! [...] »* (E15).

La participant-e E8, quant à elle, explique **faire attention à sa présentation**, par exemple en choisissant ses vêtements, pour que ses plaintes soient considérées comme « crédibles » : *« Ou de devoir penser à comment devoir s'habiller pour être prise au sérieux ! [...] On s'en fout en fait normalement, c'est pas mes vêtements qui vont faire que j'ai un symptôme ou pas, ou que tout va bien ou qu'il faut me faire une prise de sang ! Mais n'empêche que... ben si... Donc euh... Ouais y'a des rituels qui se mettent en place de... Voilà... avant tel type de médecins, je vais mettre tel type de vêtement, ou me préparer comme ça ! (Rires) »*.

Elle explique également **« jouer un rôle » face aux soignant-es, pour se rapprocher de ce qu'elle pense être la patiente « idéale »**. Elle pense ainsi pouvoir améliorer sa prise en charge : *« J'ai une façade maintenant quand je vais voir les médecins. Voilà. Je prends un rôle de quelqu'un de respectable, un peu froide. [...] Parce que d'expériences, c'est ce qui marche le mieux, et c'est pas moi ! [...] Je me sens tendue, je me sens... construite en fait, vraiment... en train de projeter l'image de la patiente qu'ils aimeraient voir. »* (E8).

Plus que jouer un rôle, certain-es interrogé-es (toutes âgé-es de plus de 45 ans) pensent que certaines patient-es usent d'une **approche séductrice avec leurs soignant-es** pour obtenir la prise en charge souhaitée : *« Alors il y a des femmes peut-être qui vont chez le médecin et qui font jouer leur état de femme »* (E2), *« Y'a aussi des... des... femmes qui pensent que, parce qu'elles sont des femmes, elles ont le droit à un traitement de faveur, ce qui n'est pas vrai non plus. »* (E12).

Cela semble être le cas de la participante E6 : « *C'est marrant, parce que j'ai beaucoup eu de médecins hommes, et... je serais presque à la limite de la séduction dans... je mets en scène mon déshabillé quoi. [...] Surtout si le médecin me plaît, je vais jusqu'à des simulacres de... de séduction. Des simulacres, parce que je n'ai jamais courtisé brut de brut mes médecins, mais, y'a quelque chose de... ouais ouais, je me mets en situation d'être vue !* ».

Au contraire, plusieurs participantes disent spontanément lors de l'entretien qu'iels ne sont « **pas là pour séduire** ». Cependant, le fait qu'iels le précisent, alors que la question ne portait pas là-dessus (« *Comment cela se passe-t-il quand vous devez montrer votre corps à un médecin ?* »), montre d'une part à quel point est intériorisée cette notion de **corps « désirable »** auquel doivent correspondre les femmes, d'autre part qu'iels veulent appuyer le fait de ne pas « **en jouer** » : « *Quand je vais chez le médecin, je suis une femme, mais je ne pense même pas à ça [...] Je me dis personne est dans la séduction là, personne est...* » (E2), « *Lorsque je vais voir un professionnel de santé... c'est un professionnel de santé, donc euh... je sais que de toute façon des corps ils en voient défiler (rires) toute la journée, et je suis pas là pour séduire, je suis là pour aller mieux, et ils sont là pour m'aider à ça.* » (E8).

c) Évitement des soignants masculins

Une majorité de participant-es a déclaré **consulter exclusivement des soignantes femmes** : « *J'évite tout le temps les hommes, maintenant j'ai que une équipe médicale de femmes.* » (E15), « *Oui pour le coup il y a beaucoup... c'est beaucoup des femmes quand même ! (Rires)* » (E3).

Les soignants masculins, associés à une **figure « patriarcale »**, les renverrait en effet au **sexisme systémique**²⁷ présent dans la société : « *En fait je n'ai pas du tout accroché parce que... parce que je voyais que c'était un homme de la cinquante-soixantaine, euh...qui représentait des choses qui me faisaient violence moi au quotidien (Rires)* » (E3), « *Je pense que si c'est un homme qui a des... qui est très...conversationniste, enfin voilà qui est très euh... vous voyez ce que je veux dire... je pense que ça peut être compliqué d'être euh...*

²⁷ L'adjectif « systémique » désigne ici le fait que le sexisme va au-delà des situations isolées et individuelles. Cela fait donc référence aux discriminations sexistes récurrentes inscrites dans l'organisation sociale, politique et institutionnelle.

j'aurai peur d'être brimée, d'être vraiment... qu'il me laisse pas le choix de ma pensée et que je ne puisse pas m'exprimer. Si j'ai une personne comme ça en face de moi, qui campe sur ses positions par rapport à la femme, j'aurai plus tendance à me taire et à déguerpir plus facilement, et à ne plus revenir en tout cas. » (E7).

La crainte prédominante est celle de subir des **propos ou gestes déplacés**, comme ceux qu'iels peuvent vivre au quotidien : *« Entre médecins femmes et médecins hommes, je refais une différence, dans le sens où, pour parler un tout petit psycho-trauma, c'est beaucoup beaucoup plus simple de se dire : « Je vais chez un médecin, je vais devoir euh...et montrer une partie de mon corps, et me faire toucher, que ce soit des parties anodines ou pas », euh...si c'est une femme en face de moi, que si c'est un homme. » (E5), « J'avais cette angoisse d'être avec un médecin homme de nouveau et qu'il ait des gestes déplacés parce que ben voilà enfin après toutes les violences et toutes les agressions qu'on peut vivre, c'est vrai qu'il n'y a jamais trop d'endroits où on se retrouve en sécurité. » (E3).*

Iels disent donc **se sentir plus en sécurité avec des soignantes femmes** : *« Vu que c'est que des femmes, ben je me sens plus en sécurité, euh, moins regardée, ou des trucs comme ça. [...] Enfin après c'est peut-être moi qui me fais des films, j'en sais rien, mais euh... je me sens beaucoup plus à l'aise en tout cas avec des femmes. » (E15), « Ben déjà ce que j'attends c'est être en sécurité, donc ça veut dire, euh, ne pas me faire agresser (rires) pour commencer, que ce soit sexuellement, physiquement ou verbalement. [...] C'est pour ça aussi que je préfère déjà les femmes (Rires), parce que je me dis que le risques d'agressions est moindre. » (E19).*

La participante E5 rajoute à ce sujet que, selon elle, un patient homme peut être à l'aise avec un-e soignant-e quel que soit son genre, ce qui n'est pas toujours le cas pour une patiente femme qui au contraire peut se sentir en **insécurité avec un soignant du sexe opposé**. Cependant, son besoin d'être examinée par une médecin femme n'est pas toujours bien pris en considération : *« Par exemple les demandes d'avoir... quand c'était pas des urgences médicales, de pouvoir demander notamment des médecins femmes, euh... qui sont parfois complètement dénigrées ! [...] Alors qu'en fait, on... il serait tout à fait possible de dire oui en fait à notre demande ! Les hommes patients sont à l'aise avec tout le monde parce qu'ils sont dominants dans la société, ce qui est pas le cas des femmes, mais ça c'est pas un argument recevable, donc il existe pas. »*

d) Renoncement aux soins

Plusieurs des participant·es ont déclaré avoir **renoncer à consulter un·e médecin** car iels craignaient de revivre une **mauvaise expérience relationnelle**, bien qu’iels estimaient avoir besoin de soins.

Leurs discours reflètent leur **découragement** après plusieurs rencontres médicales non satisfaisantes : « *Il y a eu toute une période où malgré le fait que j'allais pas bien et que je savais pour ma santé mentale et aussi physique finalement, que... que j'avais besoin de consulter des médecins, ben j'ai une période où j'étais pas bien serein à l'idée de... de trouver quelqu'un. J'ai failli abandonner !* » [Après plusieurs mauvaises expériences avec des psychiatres] (E3), « *Là, très sincèrement, il faudrait que je retrouve une gynéco, euh... J'ai même pas envie de chercher en fait ! [...] Ce qui fait que des fois, j'ai du mal à trouver des professionnels, ou je ne suis pas suivie pour certaines choses, mais je préfère ne pas être suivie en fait, que de vivre ça. Parce que c'est une violence, et j'ai pas cette violence à vivre en fait. [...] Et surtout pas de la part de personnes qui devraient au contraire être en train de m'aider !* » (E8).

La participante E8 explique également avoir renoncé à une opération chirurgicale étant donné qu’elle n’estime **ne pas avoir suffisamment été informée** de ses risques par le chirurgien : « *Le fait est que j'ai jamais trouvé d'ORL qui soit entièrement honnête avec moi, par rapport aux conséquences possibles d'une opération. Donc il est clair pour moi que je ne me ferai pas opérer.* »

Le suivi gynécologique semble être l’objet de la **majeure partie des renoncements de consultation** des interrogé·es. Cela fait là-aussi souvent suite à une mauvaise expérience antérieure : « *Ouais, la dernière fois que j'ai fait un frottis je suis tombée dans les pommes quoi, euh... enfin je veux dire... je ... je peux plus... je... enfin pour le moment, je peux plus réussir à y aller quoi !* » (E16), « *Souvent les gynécologues. C'est pour ça que j'ai pas de suivi gynécologue, et que c'est un sujet que je mets un petit peu loin de moi, et qui me rattrape de temps en temps.* » (E11), « *D'ailleurs une de mes plus proches potes, elle a maintenant 38 ans, et on a réussi à l'envoyer chez la gynéco pour la première fois y'a 2 ans ! [...] Je suis sûre que y'a plein de nanas qui sont pas soignées au niveau des cancers, des MST, etc... Euh... parce qu'elles ont pas un suivi gynéco approprié*

ou suffisant, à cause d'une malencontreuse ... enfin c'est même pas une malencontreuse... c'est à cause d'une expérience gynécologique traumatisante... » (E17).

2- Une défiance de groupe bien ancrée

a) Les un-es et les autres se « passent le mot »

Dans leur propos, les participant-es appuient l'importance du « bouche-à-oreille » concernant les soignant-es, ce qui peut les freiner à consulter : « *Ce qui pourrait me freiner ça pourrait être la réputation du médecin, si j'entends des choses, j'entends qu'il est pas bienveillant, qu'il peut avoir des mots assez forts, etc. Là je pense que ça pourrait me freiner.* » (E7). **L'expérience des femmes de l'entourage concernant les soins gynécologiques** influence elle aussi le recours ou non au suivi : « *Beaucoup de femmes avec qui j'ai échangé m'avait dit qu'elles avaient été quand même assez traumatisées euh, par ... par leur suivi gynécologique, notamment par les premiers touchers vaginaux qu'elles ont pu avoir quand elles étaient jeunes. C'est clair que ça m'a influencé dans le fait que, ben au début, je... voilà que je refusais euh, de voir un ou une gynéco.* » (E19).

Plus que leurs proches, les participant-es disent regarder **les avis mentionnés sur « Google » ou sur les réseaux sociaux** avant de consulter un-e soignant-e : « *Ben déjà trouver un bon médecin c'est compliqué ! Moi je regarde les avis Google (Rires), c'est un nouveau truc que je fais.* » (E11), « *Pour choisir un médecin généraliste, maintenant, et traitant, je mets 4000 ans, je regarde tous les avis Google, enfin... Je demande à plein de gens, s'ils ont des recommandations etc, parce que maintenant j'ai trop peur !* » (E15), « *ça s'ajoute sur le bouche-à-oreille aussi... « Ouais je voulais voir ce spécialiste là, mais là y'a un commentaire de merde, je vais pas y aller ! » » (E16).*

Parfois, iels écrivent iels-même des avis au sujet des soignant-es rencontrés-es, comme, par exemple la participante E13, à la suite d'une mauvaise expérience : « *J'ai euh... rédigé un commentaire sur Google, en fait, euh, en expliquant un peu mon expérience et disant que, peut-être que ça déplairait à certaines personnes en fait.* ».

Par ailleurs, ces dernières années, on a pu voir émerger des **listes de médecins**, comme par exemple sur le site internet « **Gynandco** »²⁸, auxquelles les participant·es se réfèrent parfois pour trouver un·e **soignant·e jugé·e « safe »**²⁹, c'est-à-dire bienveillant·e et à l'écoute notamment : « *Cette fois j'avais fait une recherche préalable pour être sûre d'avoir quelqu'un qui soit à l'écoute, justement bienveillante aussi sur euh... différents modes de contraception. Euh, alors je me souviens plus du nom du site. Un recensement euh, un recensement qui a été fait par les femmes justement, de médecins qui étaient ouvertes entre guillemets et vues comme bienveillantes.* » (E19), « *J'essaye de regarder aussi sur les Gynandco là, euh... Voilà tous les médecins qui sont genre « safe » pour les femmes. [...] Les Gynandco aussi c'est pour les personnes trans, pour les personnes euh... à fort poids, et tout, et pour que elles, elles se sentent bien. Mais moi j'utilise aussi ça parce que ben... parce que ben je me dis que si ils sont bien avec ces personnes-là, et ben... elles seront bien avec les autres personnes, enfin... Juste que ça soit des humains, et pas juste des machines qui remplissent des petits trucs, des petites ordonnances...et qui écoutent vraiment les femmes !* » (E15).

On perçoit donc dans les entretiens **l'importance de la sororité** : les participant·es partagent leurs expériences de soins avec leurs proches féminines et se recommandent des soignant·es lorsqu'ils ont besoin de consulter : « *On a un groupe de copines euh... [...] Maintenant on fonctionne vraiment par réseau quoi. Genre il y en a une qui trouve un bon thérapeute en fonction de... de ses envies, de ses besoins du moment, et ça circule, enfin je veux dire... C'est... le bouche-à-oreille, j'ai l'impression qu'il marche... qu'il marche pas mal.* » (E16).

Cependant, selon la participante E8, ce partage d'expériences plus ou moins négatives peut, au fil du temps, créer **une défiance de groupe**, qu'il est ensuite difficile de briser : « *De voir à quel point en tant que femme, on se parle entre nous, des rendez-vous médicaux qu'on a pu avoir. Et que à ma connaissance, c'est pas quelque chose qui se passe avec les hommes. Et.... De devoir quelque part se créer des témoins de ce qui nous*

²⁸ Le site internet « GynAndCo » propose une liste de médecins considéré·es, entre autres, « féministes » et bienveillant·es (333).

²⁹ Le terme « safe » en anglais peut être traduit par « sûr·e », « sans danger ».

arrive dans nos rendez-vous médicaux est quelque chose qui est pas sain. [...] Y'a une espèce de... de sororité qui se fait par la force des choses, de... :« Là, ça c'est passé comme ça avec tel personne ! » ... Et quelque part de... de vigilance forcée. [...] Quand on va chez un nouveau gynéco ou une nouvelle gynéco, on en parle aux copines pour qu'on sache ce qui se passe. Pour qu'on sache si telle personne est fiable ou pas... Y'a une défiance de groupe. Qu'on a pas cherché à mettre en place, nous ! Et... c'est compliqué, parce que c'est tellement mis en place, que comment est-ce que ça se casse? ».

b) Une réelle perte de confiance envers le milieu soignant

Le discours d'une grande partie des jeunes participant·es reflète en effet une **méfiance importante envers le milieu médical** : « Ça a été très facile au bout d'un moment de développer un bon manque de confiance dans pas mal de professionnels. [...] C'est moche, parce que normalement c'est un cadre où on est censé faire confiance aux gens. » (E8), « Moi ça me fait peur de me faire soigner, euh... et je fais pas confiance au médecin ! » (E11), « J'ai clairement une méfiance par rapport au milieu médical en général... » (E16).

La participante E4, quant à elle, nous explique qu'elle ne se sentait pas véritablement en confiance avec son médecin généraliste, mais qu'elle a eu du mal à chercher un·e autre professionnel·le de santé, car elle craignait que cela soit « pire » : « J'ai quand même été voir mon ancien médecin généraliste pendant 5 ans ! Et je le savais qu'il fallait que je change, mais euh... En fait, le truc aussi, lui je savais à quoi m'en tenir. Ensuite, en chercher un autre, tu sais pas à quoi t'en tenir, donc peut être que ça va être pire en fait ! ».

Ce manque de confiance semble, encore une fois, **plus important pour le suivi gynécologique** qui met les patient·es en situation de plus grande vulnérabilité : « C'est surtout en gynéco que c'est un peu plus compliqué je trouve. » (E7), « C'est encore plus présent par exemple dans une relation, euh, avec, euh, gynécologue ou une sage-femme, euh... Je trouve que... euh... Oui, leur relation me convient pas toujours. » (E13), « Dès lors que ça touche de la sphère vraiment intime, je vais vraiment avoir beaucoup plus de mal à faire confiance et à dire : « Bon ben c'est bon, euh, je ferme les yeux, je me laisse guider, je décide plus rien quoi ». Voilà. » (E19).

c) Quand la norme semble être l'exception

La grande majorité des participant·es de moins de 45 ans a donc déclaré avoir eu des **difficultés à trouver un·e médecin avec qui iels se sentent en confiance** : « *J'ai choisi des praticiens avec lesquels, enfin, en lesquels j'ai confiance. Alors j'ai eu du mal à en trouver, euh... [...] C'est difficile de trouver quelqu'un qui nous respecte, qui nous prennent au sérieux, et du coup, quand on trouve, ben... on ira voir nulle part ailleurs !* » (E4), « *Globalement ça se passe plutôt correctement, mais j'ai dû y mettre du mien pour trouver les personnes avec qui se passe plutôt correctement (rires).* » (E5), « *C'est un espace où ça se passe très bien, avec beaucoup de respect, de confiance, qui est pas si courant dans mes rapports médicaux.* » (E8).

De ce fait, **les participant·es sont agréablement « surpris·es » lorsqu'une consultation se passe comme iels le souhaitent**. En effet, la « norme » semble rester une exception : « *En fait, c'est juste normal, mais ils sont tellement peu à le faire, que du coup, quand ils le font tu le notes ! De vraiment de prévenir, c'est pas genre, ils te prennent et ils t'examinent et ils t'ont rien dit en fait.* » (E4), « *Avec elle ça s'est extrêmement bien passé, et c'était très surprenant et très agréable. Donc ça va, la dernière consultation de médecine générale était... « surprenamment » respectueuse.* » (E8).

La participante E8 rajoute que beaucoup de personnes dans son entourage ressentent la même chose : « *C'est tellement choquant d'être agréablement surprise par ça ! Alors que ça devrait être normal en fait, mais au contraire c'est juste... [...] Quand je parle de lui [son kinésithérapeute] et que je dis : « C'est une belle personne humainement et c'est quelqu'un de super respectueux. » ... « Ah ! Ok je vais prendre rendez-vous ! ». Et le NOMBRE de personnes en fait qui réagissent comme ça ! C'est EFFARANT en fait de devoir préciser, quand tu recommandes quelqu'un médicalement : « C'est quelqu'un en qui tu peux avoir confiance ! » On ne devrait pas ! Ça devrait faire partie du package de base en fait ! (Rires) Heureusement y'en a des biens (Rires) ! ».*

3- Des soignant·es choisi·es en conscience

a) Portrait du ou de la soignant·e idéal·e

L'analyse des entretiens révèle le portrait du ou de la soignant·e idéal·e vers qui les participant·es semblent se tourner à l'unanimité : « *J'ai assez vite choisi le type de praticien vers lesquels j'allais.* » (E8).

Iels appuient l'importance de la **communication**, qui se doit d'être **bienveillante et respectueuse** : « *[...] des professionnels avec qui je me sens vraiment en confiance du coup et où je sais que mon intégrité physique et morale est respectée du coup. Et voilà, avec qui je sens qu'il y a une communication bienveillante, où je me sens vraiment respecté en tant que personne quoi du coup, ce qui n'a pas toujours été le cas.* » (E3), « *Ensuite de la bienveillance, donc ça veut dire, ben justement pouvoir que mon avis soit demandé, soit pris en compte, soit entendu.* » (E19). Cette communication bienveillante passe notamment par le fait de **ne pas se sentir jugé·es par les professionnel·les de santé ou infantilisé·es** : « *J'essaie aussi de privilégier des professionnels qui soient pas dans le jugement et dans le... dans l'infantilisation et dans la critique, surtout quand t'as pas demandé quoi.* » (E1), « *Elle te montre vraiment qu'elle est pas du tout dans le jugement, donc euh... [...] Je me sens vraiment en confiance avec elle, parce que je me dis que quoi qu'il m'arrive, j'oserai lui en parler, et c'est pas toujours le cas.* » (E4).

L'écoute et le temps accordé par les soignant·es semblent être également des piliers indispensables : « *Déjà elle est très très à l'écoute, vraiment, et ça je pense que ça fait toute la différence !* » (E1), « *C'est quand même déjà souvent des gens... de bonne humeur.... qui te regardent vraiment dans les yeux en fait, ça paraît hyper bateau à dire, mais c'est quand même la réalité. Hm... qui sont pas ultra pressés, et qui sont vraiment euh... attentifs à la conversation, à ce que t'es en train de leur dire aussi... et qui ont une forme de calme et de quiétude aussi, qui sont vraiment posés derrière leur bureau tranquille et qui prennent le temps pour toi, vraiment euh...* » (E17).

Ce temps qui leur est consacré, leur permettrait d'aborder l'**aspect psychologique**, indispensable selon iels au cours de leur suivi : « *Les visites avec ma sage-femme c'est beaucoup... beaucoup de discussions d'abord... Elle veut vraiment mettre l'accent sur le côté psychologique, sur comment on se sent et tout... surtout après un accouchement !* » (E1), « *Il a un rôle un peu psychologue, il euh... il me fait raisonner. [...] Il remplit grandement cette fonction, et il se donne les moyens pour moi de le faire. Si il faut... en ajustant le temps de consultation, il se montre pas pressé si je parle.* » (E6), « *J'ai vraiment l'impression que toute cette partie psychologique va vraiment aider le patient à mieux... à mieux se rétablir.* » (E7)

De façon unanime, les participantes de moins de 45 ans mettent également en avant la **nécessité de les prévenir avant de toucher leur corps**, ce qui ne se limiterait pas aux parties sexuées, mais semble attendue pour n'importe quel examen clinique : « *Elle [sa sage-femme] est très prévenante dans tout acte qu'elle va faire même si c'est pour prendre la tension ou des actes qu'on peut vraiment qualifier de bénin, enfin classique quoi.* » (E1), « *Ça va mieux depuis que j'ai trouvé des médecins avec qui je me sens bien et qui... qui me disent ce qu'ils vont faire avant, enfin voilà les actions qu'ils... qu'ils vont faire, s'ils vont toucher telle ou telle partie de mon corps, si je dois bouger tel ou tel vêtement et tout, c'est quand même... Ouais quand même plus agréable que quand juste on te touche sans prévenir !* » (E3), « *Moi j'apprécie beaucoup quand on me DIT qu'on va me toucher ! Ça c'est hyper important.* » (E11).

Par ailleurs, iels apportent une attention particulière aux **explications données en amont de l'examen**, permettant de demander leur **consentement** quant à la réalisation de celui-ci : « *Tu peux parler, t'asseoir, causer, voir quel examen on te fait avant qu'on te les fasse, où y'a une vraie attention portée au consentement.* » (E5), « *On devrait... euh... me demander mon consentement avant un examen, me demander si je suis prête, euh...* » (E13).

Iels insistent également sur la nécessité de **respecter leur pudeur**, par exemple en détournant le regard lorsqu'ils se déshabillent ou en couvrant leurs parties dénudées par un draps : « *J'apprécie quand il ne me regarde pas me déshabiller ! Euh... Qu'on... quand je sens qu'il respecte la pudeur, ou euh.... Voilà, quand il se retourne, euh, pour que je me déshabille.* » (E11), « *En fait j'ai HALLUCINE parce que, euh, elle m'allonge et*

en fait elle... elle me mettait un drap en fait sur moi (faciès étonnée) ! » (E1). Le fait de pouvoir se déshabiller derrière un paravent ou dans une salle adjointe est apprécié : « Il y a la partie échange qui se déroule à son bureau, la partie auscultation, derrière un paravent, donc je vais me changer il reste à son bureau, je m'installe dans la chaise et il arrive à ce moment-là en fait. Euh et puis je me change, il retourne de l'autre côté. » (E9), « Y'a souvent une petite salle à côté, une petite pièce... donc en fait ça c'est assez chouette. Que ce soit... ouais dans mon centre de PMA ou même mes gynécos, elles sont très... elles sont très respectueuses de ça. » (E17).

Iels souhaiteraient également pouvoir **ne déshabiller que les parties nécessaires à l'examen** : « J'ai horreur des médecins qui disent : « Enlevez le bas », alors que il a pas besoin de voir le bas, enfin voilà. Là par contre, je refuse, évidemment ! » (E12), « Non tu n'es pas obligée de te foutre à poils, tu peux enlever les choses une après l'autre et remettre des fringues au fur et à mesure. » (E5).

Tout cela leur permettrait de **se sentir plus en confiance avant et pendant la consultation** : « C'est juste le jour et la nuit, dans la façon dont on se sent, quand on y est, quand on y va, quand c'est fini, et du coup, ça... C'est aussi que ça économise de l'énergie, de se dire : « J'y vais en confiance, je sais à quoi m'attendre ! » » (E5).

b) Une sororité appréciée avec les soignant-es femmes

Si la grande partie des participant-es a fait le choix de se tourner vers des **médecins femmes**, c'est aussi parce qu'iels déclarent trouver auprès d'elles **plus d'écoute et de compréhension** qu'auprès des médecins hommes. Il semblerait que les participant-es projettent iels-aussi des rôles genrés sur les médecins femmes : « C'est plus que ça m'a sensibilisée à l'importance d'avoir euh... quelqu'un euh... en qui j'ai confiance, euh, qui me juge pas aussi. Et j'ai l'impression que c'est plus facile pour moi de trouver ça chez une femme. » (E19), « Je pense qu'elles ont tendance à moins minimiser, peut-être que ben... Elles sont comme moi, enfin.... Euh... Ben elles savent qu'on est stressées, que ben ouais, on pense à plein de choses, enfin... [...] Et j'ai l'impression qu'elles comprennent plus ce qu'on attend. » (E15).

On devine l'importance de **la sororité ressentie avec les soignant-es femmes**, qui, étant concerné-es par les mêmes problématiques de la vie quotidienne ainsi que les mêmes soucis « féminins » de santé, leurs sembleraient **plus intéressé-es et compétent-es** pour ces thématiques que les médecins hommes : *« J'ai...une opinion assez tranchée sur le fait que quand on est concernée, pas forcément sur les spécificités d'un sujet, mais quand on est concernée par « Les femmes ne sont pas faites comme les hommes ». Le système médical et pharmaceutique a toujours été établi sur une énorme part masculine, ça peut peut-être un peu biaiser leur regard, et ça peut peut-être ne pas aider un petit peu l'écoute et tout ça. » (E5).*

La participante E16 mentionne d'ailleurs un médecin généraliste homme, qui ne s'occupait pas de la prescription de la contraception, comme s'il s'agissait d'un sujet exclusivement féminin : *« Moi depuis mon enfance, moi ça avait été possible d'en parler dans ce cadre-là, et là ça c'était fermé, c'était en mode, non ça c'est un truc de gonzesses (Rires) ! ».*

Concernant les thématiques féminines, les interrogé-s pensent donc que **les soignant-es femmes connaîtront mieux le sujet, sauront mieux les comprendre et pourront ainsi leur donner de meilleures explications** : *« Pour mon intimité, je préfère être en complicité avec une autre femme. Un homme, c'est un homme quoi, c'est tout, c'est... Même s'il a étudié la femme, j'en doute pas, mais... je trouve que c'est mieux, ça me va mieux. » (E6), « Moi je suis toujours tombée sur des femmes [soignant-es] qui avaient déjà eu des enfants et... principalement j'ai toujours été mieux comprises. » (E1), « Là, la kiné [pour rééducation périnéale], je sais pas trop comment ça va se passer, je me dis qu'elle va... [...], parce qu'elle a un vagin aussi, donc peut-être qu'elle va pouvoir plus m'expliquer les contractions qu'il faut que j'aie, l'exercice, la sensation que ça doit me faire etc. Tu vois, je pars de ce principe ! » (E11).*

Par ailleurs, concernant leur suivi gynécologique, les participant-es semblent **de plus en plus se tourner vers des sage-femmes**, chez qui iels disent trouver plus facilement les qualités recherchées et le sentiment de sororité : *« Enfin elle était super prévenante [sa sage-femme] et là je me suis dit : « Wow ! C'est trop bien quoi ! » Et vraiment, j'ai vu vraiment une différence par rapport aux autres fois, où on rentrait et on me demandait pas si ça allait, si j'avais envie de continuer ou pas continuer, et c'était comme ça et puis point barre*

quoi ! Après, je me suis dit : « Oui en fait ça existe des professionnels qui soient attentionnés et qui prennent en compte le patient quoi ! » Ça, ça m'a vraiment marquée ! » (E1), « Je veux plus aller voir de gynécos, je veux aller voir que des sage-femmes et euh... toujours par... par des conseils de potes, qui m'ont dit euh... mais genre, ça m'a semblé tellement hallucinant, elles m'ont dit : « Ouais, elle m'a pas consultée à la première consultation ! » [...] Enfin elle a vraiment mis à l'aise quoi ! Et moi j'étais en mode : « Mais c'est DINGUE ! », et en même temps c'est DINGUE que je trouve ça dingue ! » (E16), « Bon les sages-femmes ont la réputation de... d'être un peu plus respectueuses on va dire, d'avoir un accompagnement plus respectueux oui ! » (E13)

VII- Mutation sociétale et générationnelle : un espoir porté sur la « jeune » génération

1- Une réappropriation du corps chez la jeune génération

Tout au long de ce travail nous avons vu comment les participant-es **se sentent dépossédé-es de leurs corps**, à la fois du fait des injonctions sociétales patriarcales, mais aussi par le corps soignant qui semble les perpétuer. Bien que les participant-es les plus âgé-es du corpus (> 45 ans) ne semblent pas les remettre en question, les plus jeunes, au contraire, expliquent être dans une **démarche de réappropriation de leurs corps et des savoirs** qui y sont rattachés.

Cela passe d'une part par la recherche d'une **meilleure acceptation de leur corps**, en se détachant des diktats esthétiques sociétaux : « C'est plus global pour le coup, c'est pas que médical, c'est aussi... même le regard que la société peut avoir sur le corps des femmes, de façon générale. Donc ça passe par, ben voilà, déjà accepter mon poids. [...] C'est aussi même, m'accepter dans ma pilosité, par exemple. Dire "Pourquoi en fait on doit absolument s'épiler, alors que les hommes non ?" (Rires) Pourquoi y'a cette euh, cette, ces suggestions qui sont imposées sur les femmes ? » (E19), d'autre part par une **conscience grandissante des violences vécu.es dans leur vie personnelle mais aussi dans le milieu de soins** : « On en parle plus [...] entre [...] femmes de mon âge, parce que ben on se rends compte des choses... Mais par exemple si j'en parle à ma mère ou

qu'elle me raconte son accouchement, j'ai l'impression que pour elle tout est normal et que... enfin... Moi y'a plein de trucs qui me choque et qui me... et je me dis : « Non c'est pas possible qu'il est fait ça ! C'est pas possible ! » Et elle, pour elle c'est normal ! Mais je pense que plus... plus on parle et plus on se rends compte ben que y'a des choses qui sont pas normales ! » (E15).

Une **parole contre les violences faites aux femmes semble en effet s'être libérée** ces dernières années, notamment grâce à plusieurs mouvements partagés sur les réseaux sociaux ou dans les médias : « *Ben maintenant soit on parle sur Twitter³⁰, soit on porte plainte, soit euh... Y'a encore des gens qui n'en parlent pas et ben c'est leur choix, mais euh... quand un médecin est vraiment mauvais, ben ça se sait en fait au bout d'un moment. [...] Maintenant, vu que tout le monde est connecté tout le temps, ben forcément on voit ce qu'il se passe, les violences obstétriques, les violences gynécologiques, euh les personnes en surpoids qui se font "bully"³¹ par leurs médecins traitants, ou des trucs comme ça. » (E15), « *J'ai lu pas mal de littérature, enfin ça a vraiment été en même temps qu'un cheminement féministe... sur les violences gynécologiques, les... les cas de médecins qui... qui ont fait des abus... enfin y'a une parole qui s'est libérée ! » (E16), « *C'est particulièrement sur le suivi gynécologique où j'ai eu des retours autour de moi, de personnes qui ont pu être traumatisées, qui ont fait que c'est sûr ça m'a... ça m'a quand même alertée. [...] Et après au-delà de ça, de ces retours personnels autour de moi, bon ben y'a aussi, voilà des retours que j'ai pu avoir par l'actualité, les journaux, les faits divers. » (E19).***

³⁰ Twitter est un réseau social « de microblogging qui permet aux utilisateurs d'envoyer et de recevoir des messages brefs, appelés Tweets. » (334)

³¹ L'adjectif « bully » en anglais peut être traduit par « persécuté-e »

2- Une évolution également nécessaire au sein du corps soignant

a) Une formation insuffisante sur les questions d'inégalité de genre en santé

Les participant-es ont affirmé **l'importance de mieux former les soignant-es concernant les violences patriarcales envers les femmes**, d'autant plus dans le contexte actuel où celles-ci ne veulent plus taire leur vécu : « *Y'a vraiment une nécessité à former les gens quoi euh ! Surtout à l'époque actuelle, où ça SOOORT, ça sort de partout ! [...] Force est de constater que le silence il est là aussi quoi ! Et euh... ça fait des générations et des générations que les nanas, elles se taisent ! Et euh... et c'est tellement courant, c'est tellement tellement courant quoi !* » (E16).

La participante E4 se demande si les soignant-es ne reçoivent ne serait-ce qu'une sensibilisation aux inégalités de prise en charge des patient-es selon leur genre durant leur cursus : « *Je sais même pas si les médecins sont informés de ces différences ?!* ».

Plus que de se former, il en va de leur **responsabilité de se questionner sur les *a priori*** qu'ils peuvent avoir sur leurs patient-es : « *Je pense, que ça peut arriver, peut-être pas de leur faute consciemment parlant, mais si y'a pas de remises en question, c'est là que ça devient de leurs responsabilités en fait !* » (E7), « *On arrive forcément avec tout son bagage d'a priori, et puis après... soit on s'en libère un peu, soit on est un mauvais thérapeute et puis on y va à fond avec ça quoi !* » (E17), pour que la prise en charge reste véritablement centrée sur leurs besoins : « *Ou alors le confort il est pour qui, quoi ? Est-ce que le confort il est vraiment pour le patient ?* » (E16).

A l'heure actuelle, il semblerait en effet encore difficile de trouver un-e soignant-e **informé-e au sujet de ces problématiques liées au genre et aux stéréotypes, voire aux discriminations** qui peuvent en découler : « *Je me sentais vraiment pas du tout... pas du tout en sécurité [...] Le fait qu'elle n'était pas informée du coup sur les problématiques, j'ai l'impression, que ce soit même sexistes et que ce soit par rapport à la condition des femmes, et aussi à la condition des personnes trans non binaire, ben du coup... elle pouvait pas m'apporter un cadre sécurisant.* » (E3).

L'interrogé-e E3 évoque par ailleurs, dans ce dernier verbatim, les méconnaissances des soignant-es sur les personnes « trans », ce qui ouvre la réflexion sur la **notion d'intersectionnalité**³². Ce concept permet d'expliquer qu'une patient-e qui subit une inégalité en raison de son genre féminin, **en subira davantage si elle appartient également à un ou plusieurs autres groupes sociaux « dominés »** (personnes non-binaires, personnes racisées, personne appartenant à un milieu social défavorisé, etc.) : *« Les femmes noires, elles sont deux fois plus victimes d'oppression, et encore je parle pas de la classe sociale quoi... »* (E16).

Ainsi, certain-es participant-es ont abordé le fait que **les femmes racisées peuvent être d'autant plus discréditées vis-à-vis de leurs symptômes** en raison notamment du stéréotype construit autour du **« syndrome méditerranéen »**³³: *« [...] une étude... euh... qui dit que les femmes, donc c'est moitié-raciste et moitié un peu patriarcat, qui disait que les femmes, euh ... alors les femmes, en gros, du... Alors attendez-, comment c'était dit ? Euh... les femmes du nord de l'Afrique, je sais plus comment ils déterminent le mot exact, qu'elles avaient plus tendance à... à...surenchérir la douleur, et que du coup il fallait pas trop faire attention. »* (E7), *« Je pense que c'est important de... d'avoir aussi une approche intersectionnelle, en pensant aussi aux femmes racisées, par exemple. Euh je pense que y'a des études qui montrent que par exemple les femmes noires sont encore moins prises au sérieux dans leurs symptômes, et que... par exemple un cancer met beaucoup plus de temps à être diagnostiqué chez une femme noire que, euh, chez un homme blanc, par exemple. »* (E17).

La participante E11, quant à elle, s'exprime sur les **différences communicationnelles des soignant-es selon le milieu social des patient-es** qu'elle a pu observer au travers de son expérience d'infirmière en milieu hospitalier, mais aussi via l'expérience de ses parents : *« Maintenant puisque je suis dans le milieu, j'ai l'impression que mes rapports avec les médecins changent aussi. [...] Je leur donne ne serait-ce que des petits*

³² L'intersectionnalité est un terme utilisé en sociologie pour décrire la « *situation de personnes subissant simultanément plusieurs formes de stratification, domination ou de discrimination dans une société* ». (335, 338). Ce concept permet de mesurer l'impact de ces différentes discriminations (de sexe, de genre, de classe, de race, de handicap, d'orientation sexuelle, d'âge...), qui s'entrecroisent, voire parfois se renforcent (251).

³³ Le syndrome méditerranéen est « *un stéréotype culturel, à dimension raciste, du monde médical, consistant, pour les professionnels soignants à considérer que les personnes nord-africaines, noires ou d'autres minorités exagèrent leurs symptômes et leurs douleurs, ce qui entraîne une défaillance de la prise en charge médicale de ces populations.* » (336)

termes médicaux, et je leur pose des questions un peu plus euh... un peu plus... plus en détails... et je vois que y'a un changement, qu'on se dit : « Oula, d'accord, bon... ». Les réponses, moi je les ai ! [...] Tout comme moi, quand je reçois des patients pendant les transmissions, on dit : « Attention, fils médecin ! Attention euh... fille infirmière ! ». On les traite pas de la même façon, on fait beaucoup plus attention à ce qu'on dit ! [...] Par exemple, mes parents ils sont traités comme de la merde parce que d'une part, ils ne parlent pas le français ! Et puis euh... on les calcule pas, et puis on les garde 10 minutes ! »

Dans ce dernier verbatim, on repère par ailleurs là-encore le sexisme sociétal intégré par les femmes iels-même, lorsque la participante E11 donne un exemple d'inégalité de prise en charge dans sa pratique de soins (le fils serait médecin, la fille serait infirmière).

b) Un espoir tourné vers la « nouvelle » génération de soignant-es

Dans leur propos, les participant-es semblent différencier les soignant-es en deux catégories, **l'ancienne génération « vielle école »** et la **« nouvelle » génération, plus jeune** : « Il était assez rustre, assez vieille école et tout ! » (E1), « Après il était aussi un peu vieux jeu, je sais pas si ça joue ? » (E4), « Puis les médecins, je sens qu'ils sont... Enfin les anciens, pas les petits jeunes hein, mais les anciens euh...voilà. » (E11).

Certain-es participant-es disent ainsi ressentir **un malaise et un manque de confiance plus importants envers les médecins plus âgé-es** : « Je pense aussi chez les médecins femmes mais peut-être plus des anciennes générations ! (rires) J'ai plus... plus ce truc avec... avec mes médecins actuellement, mais ouais toutes les personnes qui sont au-dessus des 60 en général, c'est toujours un peu problématique, que ce soit des hommes ou des femmes ! » (E3), « Plus ils sont vieux, moins j'ai confiance ! [...]. A chaque fois, les vieux docteurs, je sais pas, je me sens trop mal à l'aise, je me sens vraiment pas bien ! Et euh je FUIS comme la peste les médecins... plus vieux. » (E15).

Une des raisons énoncées est, selon iels, le **manque de formation** et **d'ouverture d'esprit** au sujet de certaines thématiques comme les violences faites aux femmes par exemple : « *Je trouvais que son discours, il était tellement représentatif du... Bon après, elle est plus âgée aussi, donc je pense qu'elle a eu les études de ... Enfin je pense que y'a 20-30 ans, c'était vraiment... c'était différent aussi au niveau du contenu, mais... Ben non ! (Rires) Non c'est plus possible! C'est pas envisageable !* » [Concernant les violences vécues] (E16), mais également concernant **l'aspect relationnel** de la relation de soins et **l'évolution des attentes et besoins des soigné-es** : « *L'âge, franchement, plus il est âgé (rires), pire c'est ! C'est affligeant ! J'ai l'impression que, ouais, ils évoluent pas dans ce qu'ils doivent faire. [...] Non, j'ai l'impression qu'ils se tiennent pas trop au courant de ce qui se passe, alors que normalement ils sont censés le faire je crois. Après peut-être pour les médicaments, ils le font et tout, c'est bien, mais... au niveau de l'humain et de ce qu'on attend...* » (E15).

Au contraire, iels décrivent les « jeunes » médecins comme **plus ouvert-es, bienveillant-es** et plus au fait des problématiques de stéréotypes de genre, de violences médicales, etc : « *Elle est beaucoup plus jeune, je crois qu'elle a doit avoir une trentaine d'années, 35 grand max. [...] Elle est moins.... moins brute de décoffrage, pareil elle est beaucoup plus douce, et... [...] J'ai l'impression que le contact se fait différemment, je sais pas. [...] Vous [les jeunes médecins] êtes... Enfin... Pas plus ouvert d'esprit, mais... comment... plus ancré dans le temps, maintenant ! [...] Les jugements sont différents en fait !* » (E7), « *Et puis je me dis que les plus jeunes en fait, ils sont plus sensibilisés aussi, peut-être au fait d'être.... Humain ! (Rires) Du coup ben je me dis que.... Ben.... J'ai moins de chances de tomber sur quelqu'un qui me mettra mal à l'aise si il est jeune que s'il est vieux.* » (E15).

Ainsi, les participant-es formulent clairement **un espoir auprès de la « nouvelle génération » de médecin... :** « *Après c'est très rare d'en voir [...] des gens comme ça ! Après je veux pas dire... peut-être la nouvelle génération de médecins ?* » (E10), « *Après y'a une nouvelle génération de médecin aussi, alors c'est, soit tout, soit rien !* » (E11), qui, iels l'espèrent, pourront permettre une **évolution positive et bienveillante de la relation de soins et des pratiques médicales**, sans quoi les violences subi-es par les femmes au quotidien ne cesseront de se perpétuer :

« Pour moi c'est important qu'il ait connaissance de tout... de tout ce qui est lié aussi aux injonctions de genre, notamment sur les femmes et autres, pour pouvoir aussi interagir correctement avec moi, parce que sans ça... sans ça forcément on reproduit aussi des violences, euh, des microviolences qu'on a intégré comme étant normales mais qui ne le sont pas quoi du coup ! Et euh... et du coup je pense que c'est pour ça aussi que je me sens bien là à l'heure actuelle avec mes médecins, c'est parce que je sais qu'ils sont éveillés sur ce type de questions, qu'ils ont connaissance de tout ça, qu'ils sont sensibilisés ! » (E3).

DISCUSSION DES RESULTATS

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Les objectifs principaux de notre travail étaient de décrire les **différentes formes de violences médicales liées aux stéréotypes de genre** auxquelles les patient·es perçu·es comme « femmes » sont confronté·es dans leur parcours de soins, et de dégager les **stratégies de défense** qu'ils mettent en place pour y faire face.

L'analyse phénoménologique des 20 entretiens réalisés nous a permis de modéliser **une « pyramide » de ces violences** (*Figure 1*), allant de la banalisation du sexisme aux violences explicites imprégnées de la culture du viol, en passant par les propos porteurs de jugements négatifs, la discrimination sexiste dans la recherche scientifique et le soin, mais également par la réification des patient·es et leur privation d'autonomie.

Le haut de la pyramide étant nourri par sa base, tous ces actes et comportements émanant des professionnel·les de santé, de façon consciente ou inconsciente, permettent au système patriarcal et à ses violences de perdurer dans le domaine du soin.

Les stratégies de défense des participant·es vis-à-vis de ces violences sont multiples (*Figure 2*) : de la résignation et l'acceptation au renoncement de soins, en passant par l'évitement des soignants masculins et l'émergence d'une sororité entre soigné·es. De plus en plus privilégient alors les **soignant·es femmes**, avec qui iels semblent partager cette **sororité** et se sentir plus en sécurité.

Par ailleurs, iels semblent se tourner d'une façon croissante vers les **cabinets de sage-femmes** quand il s'agit de leur suivi gynéco-obstétrical déclarant y trouver une plus grande bienveillance.

Iels ont su également choisir leurs soignant·es sur des **critères déontologiques**, tels que la communication bienveillante, l'écoute empathique, le respect de leur pudeur et de leur consentement, l'information concernant les soins permettant une décision partagée.

Figure 1 – Pyramide des violences médicales vécu-es par les patient-es perçu-es comme femmes

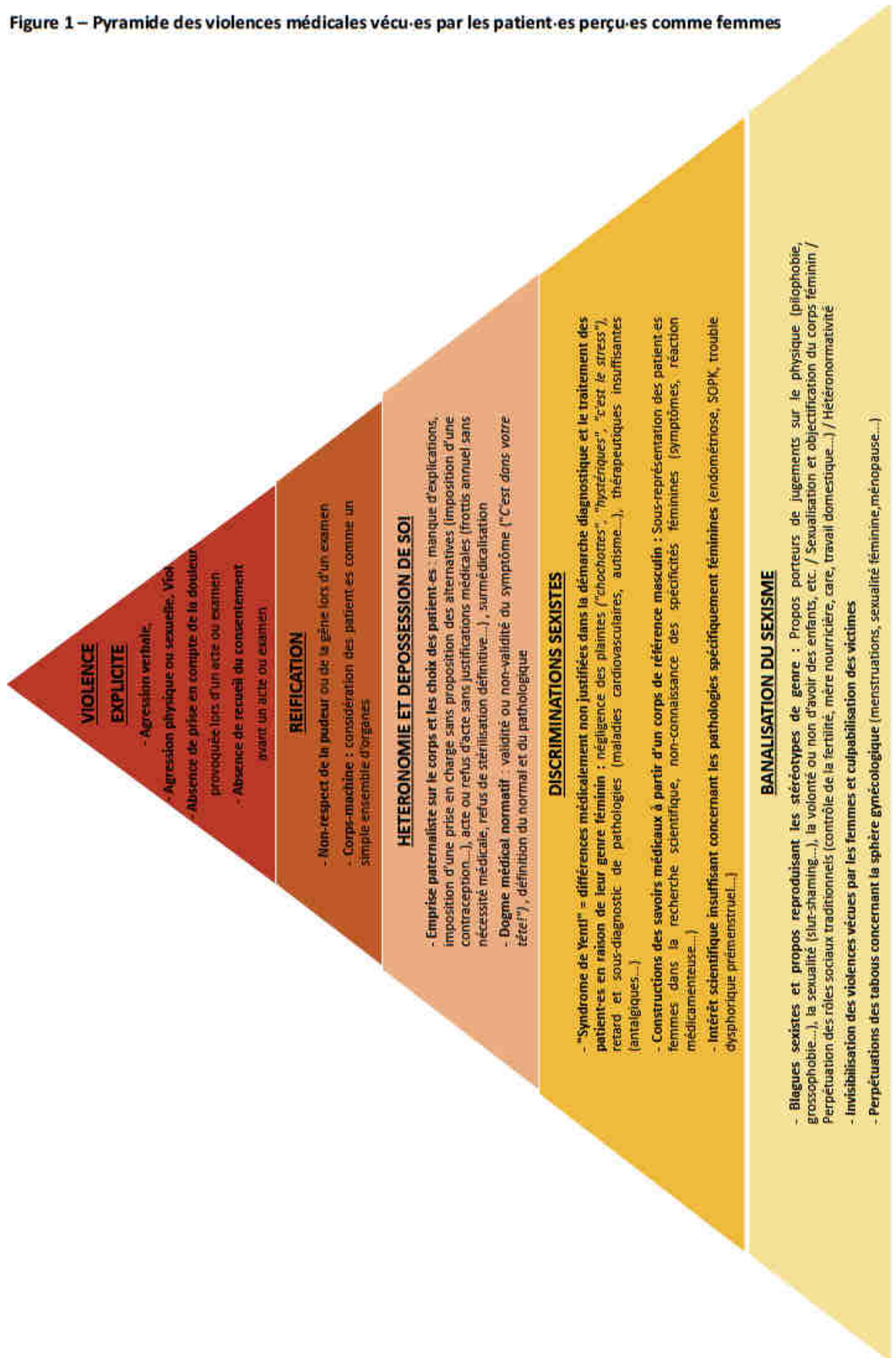
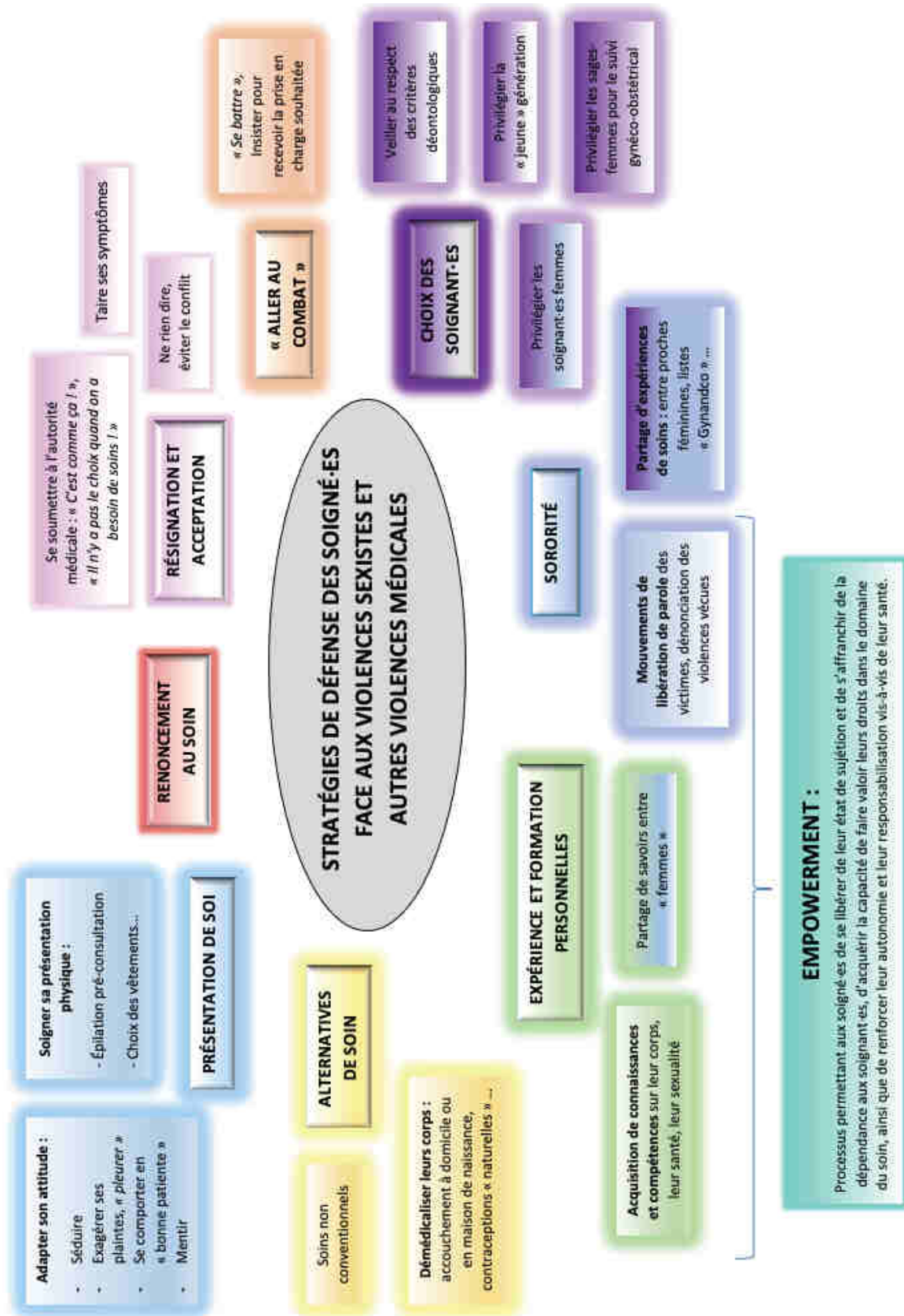


Figure 2 – Stratégies de défense des soigné-es face aux violences sexistes et autres violences médicales



FORCES ET LIMITES DE NOTRE ETUDE

I- Les forces de l'étude

1- Originalité du sujet

A notre connaissance, en début de travail, aucune étude qualitative française ne s'est intéressée aux **violences médicales liées aux stéréotypes de genre vécues par les patient-es perçu-es comme « femmes » dans leur parcours de soins d'une manière générale**. L'une des forces de ce travail réside donc dans son originalité.

Les résultats de l'étude permettront d'orienter de futures recherches en soins primaires autour des problématiques de genre en santé sur des axes et thématiques plus spécifiques peu développés jusqu'ici.

2- Choix du type d'étude

La méthodologie qualitative était la plus appropriée pour répondre à l'objectif de notre recherche. L'utilisation de la technique de l'entretien individuel semi-dirigé a offert une grande liberté de parole aux interviewé-es, qui ont pu s'exprimer de manière confidentielle sur leur vécu, leur ressenti et leurs attentes. Ces entretiens ont permis de faire émerger un éventail de données riches et diversifiées, ce qui n'aurait pas été le cas avec une méthodologie quantitative (94-96).

3- Respect de la méthodologie

Notre travail de recherche a été mené de manière rigoureuse afin de répondre au mieux aux critères de validation. Les procédures méthodologiques utilisées ont été explicitées en détail dans la partie Matériel et méthode pour permettre sa reproductibilité.

Le projet a été évalué en amont par un comité d'éthique et enregistré auprès de la CNIL.

La **grille COREQ-32** a servi de support tout au long de l'étude afin de respecter les critères de qualité d'une étude qualitative bien que certains items n'aient pas pu être respectés. Une analyse de notre étude selon la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative reserach) (87) est présentée en Annexe 1.

4- Vérification de la cohérence des données

De nombreuses études corroborent les résultats de notre recherche, ce qui démontre la cohérence des données recueillies. Celles-ci sont présentées dans la partie « Réflexions autour des résultats et confrontation aux données de la littérature ».

II- Les limites et biais de l'étude

1- Recrutement

Comme pour toute étude qualitative, dont le but n'est pas d'être significativement représentative de la population étudiée, il existe un **biais de sélection** lié à la méthode de constitution de l'échantillon. Les participant·es n'ont pas été tiré·es au sort mais ont été inclus·es sur la base du volontariat, ce qui a pu sélectionner les patient·es désireus·es de s'exprimer sur leurs expériences de soins. Pour diminuer ce biais, le thème de l'étude n'a été dévoilé entièrement qu'à la fin de l'entretien afin que les participant·es ne puissent préparer à l'avance leurs réponses sur le sujet. Avant l'entretien, il leur était mentionné uniquement le fait que l'étude portait sur « la santé des femmes ».

Par ailleurs, nous avons décidé d'inclure plus de participant·es de la tranche d'âge 18-40 ans car les données recueillies y été plus riches, ce qui nous a permis d'atteindre la saturation des données.

Même si nous avons réussi à diversifier le profil des participant·es concernant l'âge, ce n'est pas le cas pour les catégories socio-professionnelles, l'échantillon étant principalement constitué de participant·es ayant réalisé ou réalisant des études secondaires ou supérieures. Sur ce plan, l'échantillon n'a pas atteint la variation maximale conseillée. De ce fait, une étude complémentaire incluant d'autres catégories socio-professionnelles semble nécessaire.

2- Recueil des données et biais d'investigation

a) Coté participant-es

L'étude concernait l'expérience des interrogé-es vis-à-vis du milieu de soin et de leur santé en général, et renvoyait parfois à des sujets intimes, voire tabous. La capacité à appréhender certains thèmes touchant à la santé ou au corps a été différente selon la sensibilité de chacun-e, ce qui a pu entraîner un **biais d'inhibition** chez certaines participant-es. Le développement de facteurs de résistance et de mécanismes de défense a donc probablement fait obstacle au recueil de certaines données.

Un **biais de désirabilité sociale** peut également exister, les participant-es ayant pu donner des réponses préétablies de peur d'être jugé-es. Nous pouvons cependant penser que la mise en confiance, le tutoiement, ainsi que le respect de leur anonymat ont permis aux participant-es de dévoiler plus facilement leur propre ressenti sur les thématiques abordées. Par ailleurs, le fait que l'investigatrice soit elle-même une femme et la sororité qui en découle, ont certainement contribué à accroître cette confiance lors des entretiens.

Des **biais de mémorisation et d'information** sont également à prendre en compte, les participant-es ayant dû faire appel à des souvenirs d'expériences plus ou moins lointains. Concernant le **biais d'information**, une attention particulière a été portée, lors de l'entretien, au recueil d'expériences de soins autant négatives que positives.

b) Coté enquêtrice

La qualité des entretiens est liée aux capacités relationnelles et de communication de l'enquêtrice, qui était novice en recherche qualitative. Au fur et à mesure, elle a gagné en aisance pour mener les entretiens et intervenir de façon pertinente. Ce **biais d'investigation** a pu être atténué par une recherche bibliographique sur la méthodologie des études qualitatives effectuée en amont du recueil des données, ainsi que par la réalisation préalable de deux entretiens tests.

Par ailleurs, la notion d'objectivité est à discuter, la réalisation des entretiens ayant pu être biaisée par une orientation subjective de l'enquêtrice. Ce risque est cependant inhérent à la méthode et ne peut être complètement écarté. En effet, tout chercheur est situé dans un contexte social, culturel et politique, ce qui influe sur son discours scientifique (100). Pour limiter ce **biais de suggestion**, une attention particulière a été portée lors de la réalisation de la grille d'entretien, pour que les hypothèses de la chercheuse transparaissent le moins possibles dans la formulation des questions.

3- Analyse

a) Absence de Validation de la retranscription

La retranscription n'a pas été retournée aux participant-es pour vérification des propos exprimés. Les verbatims les plus personnels, c'est-à-dire les plus fidèles aux représentations des participant-es auraient pu être censurés *a posteriori*, ce qui aurait pu entraîner une perte de contribution des données.

b) Étude féministe et objectivité

Une des critiques à l'encontre de la science « féministe » est qu'elle n'est pas neutre et que l'on y retrouve un parti pris politique explicite, la réduisant ainsi à une idéologie plutôt qu'à une réelle réflexion scientifique. Or, les études féministes s'opposent justement à la séparation entre objet et sujet dans la recherche et remettent en cause les notions d'objectivité de la recherche scientifique. En effet, elles remettent en question la prétendue neutralité du savoir scientifique dit « dominant » dans la société, en montrant comment celui-ci est en fait empreint d'un point de vue genré, masculin, qui ne s'avoue pas comme tel (101, 102). Avoir conscience de nos propres influences, a fortiori féministes, nous a permis, au contraire, de tendre vers une meilleure objectivité tout au long de ce travail (103).

Par ailleurs, les études « féministes » s'intéressent non pas aux « femmes » mais aux rapports sociaux genrés entre les hommes et les femmes, ceux-ci étant à l'origine de rapports de domination et de hiérarchisation retrouvés dans la société.

Ces analyses, visant non seulement la compréhension de ces phénomènes, mais également une transformation sociale, font de la recherche féministe une perspective scientifique critique (104) (103). Cela ne remet toutefois pas en cause l'application d'une méthodologie rigoureuse et systématique, à laquelle nous nous sommes adonnés tout au long de ce travail, pour viser une représentation fidèle de la réalité empirique.

RÉFLEXIONS AUTOUR DES RÉSULTATS ET CONFRONTATION AUX DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

Chacune des 20 personnes interrogées nous a partagé au moins une situation de soin qui témoigne de violences sexistes ou autres violences non genrés de la part des soignant-es. La grande majorité des participant-es ont spontanément décrit ces expériences comme « négatives » et les ont assimilés à une forme de violence. Cependant, le sexisme systémique et les violences qui en découlent peuvent se révéler insidieux et subtils. De ce fait, ils sont parfois intégrés par les femmes elles-mêmes, ce qui a conduit certain-es participant-es à ne pas critiquer ces situations de soins.

Les répercussions de ces violences ont été multiples pour les interrogé-es : **résignation** (ne rien dire face au comportement d'un-e soignant-e vécu comme violent), **perte d'autonomie** vis-à-vis de leur corps et leur santé (choix de leur contraception, compréhension de la prise en charge médicale envisagée...), **errance médicale, retard de diagnostic** (pneumothorax, sclérose en plaque, mastocytose, endométriose...) ou **prise en charge médicale inadaptée** (antalgie insuffisante...), mais également **évitement de certain-es soignant-es en particulier les hommes**, voire **renoncements aux soins** notamment gynécologiques. Ce que nous retenons particulièrement de ces entretiens est la **méfiance grandissante des participant-es** envers le corps soignant.

Face à ce constat, nous essaierons tout d'abord de comprendre comment les constructions socioculturelles genrées imprègnent les soigné-es et les soignant-es, les amenant à perpétuer inconsciemment **stéréotypes de genre, discriminations et violences sexistes au sein de la relation de soin**. Dans un deuxième temps, nous questionnerons le pouvoir médical normatif, en particulier dans le domaine gynéco-obstétrical. Nous explorerons par la suite la conscientisation des violences sexistes et violences médicales en général par les patient-es femmes, à travers le prisme des nombreux « scandales » médiatiques et mouvements sociaux « féministes » de ces dernières années. Nous montrerons, de plus, que malgré la libération grandissante de leurs paroles, il subsiste à l'heure actuelle de **nombreux obstacles empêchant les patient-es femmes de faire valoir leurs droits**. Enfin, nous réfléchirons à des **perspectives d'amélioration de la formation des enseignant-es, étudiant-es et soignant-es**, qui favoriseront, nous l'espérons, l'instauration d'un climat bienveillant dans nos consultations et un regain de confiance des soigné-es envers notre profession.

I- L'illusion d'une médecine neutre : décryptage des stéréotypes de genre

L'enseignement médical promeut l'égalité des soins pour tous les individus quel que soit leur genre. Cependant, les constructions socioculturelles stéréotypées des rôles et comportements attribués aux femmes ont un impact certain sur leur santé et leur recours aux soins. Ainsi, enseigner le soin comme étant « naturellement » neutre (105, 106) risque de dissimuler les **inégalités bien réelles qui existent entre les individus selon leur genre au cours de leur parcours de soins** (12, 56, 107, 108).

Dans cette partie, nous discuterons de **l'importance de prendre en compte ces inégalités de genre dans le domaine du soin**, mais aussi **d'interroger notre propre responsabilité en tant que soignant-e** dans leur perpétuation au quotidien (109, 110).

1- Une santé qui se décline au « féminin » ?

Tout d'abord, l'analyse du discours des participant-es révèle une **vision « binaire » de l'état de santé et des comportements associés**, qui se déclinent au « féminin » et au « masculin ». Nous ne rentrerons pas dans les détails puisqu'il ne s'agit pas du sujet de notre étude, mais il nous semble tout de même essentiel de développer brièvement ces représentations. En effet, elles nous éclairent sur la **socialisation différenciée des individus selon leur genre** (111-115) concernant le domaine de la santé, et donc, sur leur perception de leur corps, l'expression de leurs symptômes ou encore leurs motivations à consulter un-e soignant-e (30, 116).

Ainsi, les interrogé-es **ont évoqué le fait que la socialisation « féminine »** les autorise à **se soucier de leur état de santé** en les éduquant « *à prendre soin* » (E16), contrairement aux hommes qui seraient plus habitués à ce que l'on « *prenne soin d'eux au quotidien* » (E16). De ce fait, iels pensent avoir de **meilleures connaissances et compétences dans le domaine de la santé que leurs proches masculins**.

Dans son travail de thèse (30), Anne-Sophie Cousteaux, Docteure en Sciences politiques, apporte des éléments de réponses concernant les différences genrées en matière de santé et de prévention supposées par nos participant-es. Ayant généralement le rôle de **gestionnaire de la santé familiale**, les femmes semblent plus susceptibles de s'intéresser aux questions médicales et de soins, notamment par le biais de littératures

ou émissions télévisées (souvent connotées « féminines »). De plus, étant depuis leur plus jeune âge **habituées à être attentives à leurs corps et leur santé**, elles semblent plus à même de percevoir et d'interpréter leurs symptômes physiques ou psychiques comme « anormaux » et donc de **recourir aux soins**. Ces caractéristiques favoriseraient une **attitude préventive vis-à-vis de leur santé** et l'adoption de **comportements « sains »** (30, 117-119). Cette attitude préventive semble largement renforcée par l'invitation des femmes dès leur adolescence à consulter régulièrement un-e professionnel-le de la gynécologie, notamment pour la prescription contraceptive, les familiarisant ainsi, plus que les adolescents masculins, au système de soin (120-122).

Par ailleurs, les participant-es ont décrit les différences qu'ils perçoivent dans le **vécu et l'expression de leurs symptômes physiques ou psychiques**, par rapport à leurs proches masculins.

En premier lieu, les femmes seraient selon iels plus **résistant-es à la douleur physique** en raison de leur confrontation régulière aux douleurs gynéco-obstétricales. Les hommes quant à eux se plaindraient davantage : *« C'est ce cliché, ce moment drôle où un mec qui a un rhume vient dire à sa copine : "Oh là là, ma vie, elle est trop dure, je suis trop au bout de ma vie !", et où n'importe quelle femme va pouvoir raconter à son entourage féminin : "Encore un qui sait pas ce que c'est la douleur !" »* (E5). Cela contraste cependant avec l'idée plus répandue que les femmes seraient **plus « douillettes » que les hommes**, idée également présente dans l'inconscient des soignant-es (123-125) bien qu'aucune cause physiologique ne fasse réellement consensus à ce jour pour expliquer la variation de perception et de tolérance de la douleur selon le genre des individus. Le **rôle des facteurs culturels et sociaux** est quant à lui largement admis : l'intériorisation des valeurs et des normes de genre modifieraient le ressenti des symptômes douloureux et la manière de les exprimer (126-128).

D'autre part, la verbalisation des symptômes physiques comme psychiques serait plus aisée pour les femmes, de manière globale comme auprès des soignant-es. Selon les participant-es, **l'expression du mal-être** répondraient donc elle-aussi à des normes de genre, ce qui rejoint les résultats d'autres travaux (30, 74).

Les discussions d'ordre « psychologique » semblent d'ailleurs avoir une place importante pour les participant-es au cours de leur suivi médical : « *J'ai vraiment l'impression que toute cette partie psychologique [...] aide à mieux se rétablir.* » (E7) ; ce qui peut en partie expliquer qu'iels passent **plus de temps en consultation avec leurs médecins** que leurs homologues masculins (129). Par ailleurs, iels sont plusieurs à avoir déclaré **se tourner préférentiellement vers des médecins femmes** en raison de leur « meilleure écoute », ce qui est également décrit dans d'autres travaux (126, 130-133). Il semblerait donc que les participant-es projettent iels-mêmes des stéréotypes de genre sur les soignant-es femmes, qui seraient, selon iels, plus « douces » et « plus à l'écoute » que les soignant-es masculins. Une thèse qualitative réalisée auprès de femmes internes en médecine générale rapporte un ressenti similaire concernant les stéréotypes projetés par les patient-es sur les soignant-es de genre féminin (134).

Enfin, iels ont abordé le fait que certaines problématiques de santé, associées culturellement à des comportements connotés « masculins », sont parfois stigmatisées chez les patient-es femmes, voire attribuées trop fréquemment à un « mal-être », ce qui seraient moins le cas chez les patients hommes. Il s'agit notamment des **addictions alcool-tabagiques**, ce que d'autres travaux ont également mis en lumière (74, 135, 136) : « *Moi mon ressenti, c'est que y'a des questions qu'on pose à des femmes, qu'on pose pas aux hommes. Puis y'a des jugements. Moi quand je dis que je picole pas mal : "AH BON, tu picoles ?!"* » (E11).

2- Inégalités de genre en provenance des soignant-es : le « syndrome de Yentl »³⁴

Une grande partie des participantes a mis en exergue une dévalorisation de leur discours par certain-es soignant-es en raison du **stéréotype de « fragilité » associé au genre féminin**.

Tantôt perçu-es par certain-es soignant-es comme « **chochottes** » donc exagérant leur douleur, tantôt considéré-es comme trop « **sensibles** » ou « **hystériques** », voyant alors leur **symptômes « psychologisés » ou réduits au « stress »**, iels décrivent se sentir **moins écouté-es et pris-es aux sérieux** que le serait un patient perçu comme homme.

³⁴ Voir définition page 172.

De multiples études qualitatives ou quantitatives françaises ayant donné la parole à des patient-es femmes décrivent un ressenti similaire, notamment lorsqu'il s'agit d'aborder leurs **plaintes douloureuses** (77, 83, 126, 137-139). Les **symptômes gynéco-obstétricaux**, tels que la dysménorrhée, semblaient particulièrement souffrir de ces préjugés sexistes au cours de notre étude, étant parfois considérés comme « **psychogènes** », voire relevant de « **l'hystérie** » (140).

Plusieurs recherches mettent d'ailleurs en évidence le fait que les médecins sont plus susceptibles d'interpréter les symptômes présentés par des patient-es femmes comme étant « **psychosociaux** » (61, 74, 137, 141) ou « **non spécifiques** » (142), à la différence des patients hommes qui se verraient plus souvent attribuer une hypothèse organique. A symptômes similaires, les femmes recevraient de ce fait **plus de prescriptions de médicaments psychotropes** (antidépresseurs, sédatifs) que leurs homologues masculins (143, 144).

Un-e des participant-e de notre étude explique cette **minimisation des symptômes** par le fait que les femmes recourent, selon elle, plus souvent que les hommes au milieu de soins pour des **plaintes variées et répétées** : *« Un homme, il va être plus tout de suite pris au sérieux. [...] Comme c'est extrêmement rare... la plus petite plainte qu'ils aient est très prise au sérieux. Alors que les femmes, [...] elles ont souvent des petits bobos étalés dans le temps, parfois très rapprochés, et du coup, on leur dit : « Ouais, mais bon, ça, c'est comme la dernière fois, c'est un mal de tête, c'est pas grave ! ». C'est pas forcément vrai ! »* (E12).

Nous pensons que cette minimisation est majorée par le **sentiment de mise en échec éprouvé par les soignant-es** face à un-e patient-e les consultant à plusieurs reprises pour des symptômes similaires, qui ne s'améliorent pas malgré les diverses prises en charge essayées. Dans ce cas, il nous semble qu'il est de la responsabilité du soignant-e de s'interroger sur ce sentiment d'échec et de s'en détacher, afin qu'il n'entrave pas la prise en charge de ses patient-es. En effet, du fait de la négligence de leurs symptômes par certain-es soignant-es, les participant-es estiment qu'ils n'ont pas toujours reçu les investigations nécessaires et affirment en avoir parfois subi les conséquences : **errance médicale, retard de diagnostic, voire perte de chance**.

Les recherches dirigées par la Docteure Bernadine Healy, cardiologue américaine, corroborent nos résultats ; ses travaux ayant permis de mettre en évidence la minimisation des symptômes féminins par les soignant-es au cours du syndrome coronarien aigu. En effet, il fut notamment démontré que les femmes étaient moins hospitalisées que les hommes en cas de syndrome coronarien aigu, et que, lorsqu'elles l'étaient, elles bénéficiaient moins souvent de traitements de revascularisation (145, 146). Elle décrira ces différences de prise en charge sous le nom de « *Syndrome de Yentl* »³⁵, en les attribuant aux décennies de **recherches fondées exclusivement sur des patients masculins**, dont les symptômes furent désignés comme la « **norme** », alors qu'ils peuvent différer de ceux présentés par les femmes.

De nombreux travaux ont par la suite illustré ces propos en dévoilant la présence de **biais genrés chez les professionnel-es de santé** (55, 72, 108, 147), pouvant entraîner des différences médicalement non justifiées dans la démarche diagnostique et le traitement des patient-es. Une grande majorité des recherches retrouvées lors de notre bibliographie portent sur les maladies cardiovasculaires (148, 149), en particulier sur la moins bonne prise en charge de l'infarctus du myocarde (150-152) ; ainsi que sur la prise en charge de la douleur (123- 125, 153). Mais divers exemples se retrouvent également dans un large éventail d'autres domaines médicaux, comme, à titre d'exemples, les soins intensifs (154), le psoriasis (155), la maladie de parkinson (156), la tuberculose (157), ou bien encore l'asthme pédiatrique (158). Dans ces études, il semblerait que les patient-es femmes aient été moins susceptibles que les hommes de recevoir des interventions diagnostiques et thérapeutiques avancées, même si elles présentaient des symptômes de gravité similaire.

Comme nous l'avons décrit précédemment, la socialisation genrée des individus influencent leur communication et leur façon de présenter leurs symptômes aux soignant-es (159, 160). La qualité des soins reçus par les participant-es a donc pu être affectée par le fait **qu'iels n'osaient parfois pas présenter leurs symptômes de façon convaincante, les minimisant ou les taisant** face aux soignant-es, ou bien au contraire

³⁵ Le terme de « *Syndrome de Yentl* » fait référence à Yentl, l'héroïne d'un roman d'Isaac Bashevis Singer, qui a dû se faire passer pour un homme pour pouvoir être admise dans une école talmudique.

disaient devoir « **pleurer** » ou **exagérer leurs plaintes** dans l'espoir d'être pris-es au sérieux. Cependant, cela n'explique qu'en partie les possibles disparités de prise en charge. En effet, plusieurs études ont pu mettre en évidence une démarche diagnostique ou thérapeutique différenciée, même lorsque les professionnel·les de santé analysaient des cas cliniques « virtuels » (sur papier ou vidéo) pour lesquels il n'existait aucune interaction avec les patient·es (125, 161-163). Ces résultats renforcent donc l'idée qu'il existe des **biais de genre provenant directement des soignant-es**.

3- Un héritage socio-historique qui subsiste dans la profession et l'enseignement actuel

La grande majorité des participant·es a replacé ce vécu négatif des soins dans le **contexte du sexisme sociétal**, en déclarant ressentir un **sentiment d'injustice et d'inégalité** similaire à celui qu'ils peuvent vivre dans leur vie quotidienne : moindre reconnaissance de leurs compétences, manque de respect, infantilisation, discrimination, violences vécues...

Cependant, si iels souffrent de ce **sexisme systémique**³⁶, iels en sont parfois **iels-même imprégné-es** et peuvent alors, inconsciemment ou non, le reproduire. En effet, le **sexisme dit « bienveillant »**³⁷ est subtil et a pu être mis en évidence dans le discours de plusieurs des participant·es qui exprimaient une **différence « naturelle » et complémentaire entre les « deux genres »** : rôle maternel des femmes et importance de leur travail domestique, rôle de soutien des hommes et importance de leur profession, etc.

Cela les a également parfois poussé-es à valider, dans leur discours ou leurs comportements, les stéréotypes de genre qui leurs sont associés. Iels ont parfois utilisé un **vocabulaire infantilisant et sexiste**, comme, à titre d'exemples, la qualification des personnes de genre féminin sous le terme « *filles* » au lieu de « *femmes* » alors que le mot « *garçon* » n'a lui jamais été prononcé, se sont décrit-es comme « *bavardes* » (E6) ou encore ont eu recours à un registre familial pour désigner leur corps (« *ma chatte* » E4) ou leur pairs (« *les nanas* » E16).

³⁶ Voir définition page 136.

³⁷ Voir définition page 31.

Par ailleurs, certain-es semblent avoir internalisé le fait que les femmes seraient « hystériques » et ont pu iels-mêmes attribuer leurs symptômes physiques à une origine psychosomatique, alors même qu’iels souffraient véritablement d’une pathologie organique non encore-diagnostiquée : « *Je suis restée très longtemps en errance médicale. Même suite à cette grosse poussée hein... j’ai presque accepté euh... ben que oui c’était peut-être dans ma tête, [...] j’ai longtemps pensé que je somatisais !* » [Concernant une mastocytose systémique] (E16).

D’autres part, iels ont été plusieurs à se questionner sur la **construction des savoirs médicaux au cours de l’histoire** et à leurs rôles dans **l’émergence et la perpétuation du sexisme sociétal**. Un plongeon dans l’histoire de la médecine permet en effet de comprendre que, pendant de longs siècles, les savoirs concernant le corps et la santé des femmes ont été exclusivement façonnés par des hommes, non sans le souci d’étayer et d’appuyer la supposée supériorité masculine (3).

De l’Antiquité au 20^{ème} siècle, le **mythe de la « fragilité » et de la « débilité » du corps féminin** s’est répandu au travers du discours de nombreux médecins et philosophes (164) : de la théorie des humeurs³⁸ décrivant le tempérament des femmes comme « **flegmatique** » en raison de leurs corps « *froid et humide* » (165) (ce qui équivalait à les considérer comme imparfaites et mal en point), à l’image de « **mâle inachevé** » ou « **homme manqué** » (leur unique différence étant le positionnement interne et non externe de leurs organes génitaux, qui s’expliquerait par leur « *manque de chaleur vitale* ») (166, 167), les femmes n’ont cessé d’être comparées à un **corps de référence, celui de l’homme, paradigme de la normalité et de la bonne santé** (168).

³⁸ La théorie des humeurs, élaborée peu à peu par Hippocrate (460 à 370 av. JC) puis relayée par les auteurs du Corpus Hippocratique, constitue un des piliers majeurs de la pensée médicale occidentale jusqu’au 18^{ème} siècle. Elle s’appuie principalement sur la physiologie pour décrire l’«*économie générale des fluides corporels* » (165) : la santé physique et psychologique est pensée comme dépendante de l’équilibre des humeurs (sang, phlegme, bile jaune et bile noire) et de certaines qualités physiques (chaud/froid, sec/humide) ; un déséquilibre pouvant alors engendrer la maladie (337).

La naissance de la médecine clinique au 18^{ème} siècle fait apparaître l'idée supplémentaire d'une « **nature féminine** » (169, 170) décrite à la fois comme une **faiblesse du physique** (os plus petits, thorax étroit, fémurs obliques gênant la marche en raison des genoux qui se touchent, muscles moins vigoureux, petitesse du cerveau...) et une **sensibilité trop importante de l'âme** (qui serait liée à une ramification plus poussée des vaisseaux et des nerfs leur conférant une irritabilité incontrôlable) (3, 171).

Cette **présumée faiblesse physique, mais aussi intellectuelle et psychologique**, permettait aisément de justifier le **désavantage social des femmes** et de **les écarter des savoirs et du pouvoir** (167, 171) ; en témoignent le discours de nombreux médecins ayant essayé d'argumenter l'infériorité des femmes par la taille de leur cerveau (3), ou bien encore celui sur « **l'hystérie** »³⁹ des femmes qui seraient soumises à l'appétit incontrôlable de leur utérus (172, 173).

Les savoirs médicaux et leurs enseignements ont donc longtemps perpétué une idéologie sexiste en projetant de multiples **préjugés socioculturels sur l'anatomie et la physiologie féminine**. A titre d'exemple, l'anthropologue Emily Martin, spécialiste du discours scientifique dans le domaine de la procréation et de la reproduction, explique que ce discours a été façonné par les attentes stéréotypées des rôles féminins et masculins. Alors que les menstruations sont perçues comme un « *échec* » et les ovules comme « *passifs* » attendant patiemment la semence masculine, l'attention se porte sur la production en grande quantité de spermatozoïdes et leur caractère « *conquérant* » (174).

Ce n'est qu'au cours de la seconde moitié du 20^{ème} siècle, que les médecins reconnaîtront peu à peu **l'absence de fondement biologique à ces diverses discriminations**.

Bien qu'ayant beaucoup évolué, **l'enseignement actuel de la médecine présente encore trop souvent la physiologie féminine comme une variante de la norme masculine** (175) entraînant d'important biais dans la recherche comme dans la pratique de soins.

³⁹ Voir définition page 61.

Selon la Professeure Hamberg Katarina, la formation universitaire médicale actuelle favorise par ailleurs les **« biais de connaissances »** (62). Ceux-ci proviennent notamment d'un **apprentissage genré des différentes pathologies en fonction de leur prévalence** selon le sexe, en particulier lors de la présentation de cas cliniques aux étudiant-es. Ces **apprentissages genrés et par « case »** induisent potentiellement un **sous-diagnostic, voire une stigmatisation des patient-es quel que soit leur genre**. À titre d'exemples, les cas cliniques qui seront utilisés dans les *« Apprentissages Par Problèmes »*⁴⁰ destinés aux internes de médecine générale de la faculté de Strasbourg semblent répondre à ces biais de connaissances. Alors que les situations cliniques se rapportant aux maladies cardiovasculaires (HTA, insuffisance cardiaque), à la BPCO, à la santé du travail ou aux addictions alcool-tabagiques concernent des patients masculins ; celles se rapportant aux troubles dépressifs, à la contraception, aux troubles mnésiques ou encore à la réalisation d'un « bilan de santé » concernent des patientes féminines.

Enfin, malgré l'augmentation de publications scientifiques sur le sujet, **les professionnel·les de santé ne semblent pas toujours conscient-es de ces biais de genre et de leurs propres préjugés sexistes** envers les patient-es, **en particulier les soignants masculins** (176-179). Une étude qualitative française portant sur les représentations des médecins généralistes à ce sujet (74) a elle-aussi démontré que ceux·celles-ci ne reconnaissent pas toujours la possibilité d'un traitement différentiel selon le genre des patient-es, ayant comme **argument principal que leurs pratiques s'appuient sur des recommandations officielles**. En plus de cela, une grande partie des médecins interrogé-es ne considéraient pas le genre comme un facteur à prendre en compte dans leur pratique, en comparaison à l'origine socio-culturelle et l'environnement des patient-es, qui seraient des facteurs d'inégalités plus importants.

⁴⁰ « Apprentissage axé sur la maîtrise d'une démarche d'analyse et de solution de problèmes, rendant l'étudiant habile à formuler des questions, à produire des hypothèses, à trouver et à analyser les informations nécessaires à la compréhension de problème en intégrant les sciences fondamentales et cliniques pour permettre, le cas échéant, une prise de décision adéquate. » (341).

En effet, les rapports sociaux entre les genres ne se substituent pas aux autres systèmes de domination, mais il ne s'agit pas ici de les hiérarchiser. Au contraire, la prise en compte du genre permet, selon nous, de tendre vers une **approche intersectionnelle**⁴¹, et nous amène ainsi à réfléchir à l'imbrication des différentes inégalités de santé (de sexe/genre, d'ethnicité, d'âge, de handicap, d'orientation sexuelle...) (180), entraînant « *des expériences de santé uniques* » pour chaque individu (181).

Face à ce constat, plusieurs universités à l'étranger ont mis en place des **formations** (ou y réfléchissent) pour sensibiliser leurs étudiant-es aux questions de genre (182-188). **En France**, malgré l'organisation de multiples colloques et conférences sur le sujet ces dernières années (189-195), **les enseignements sur l'impact du sexe et du genre dans la santé restent très minoritaires en faculté de médecine**. Or, une meilleure **sensibilisation des futur-es soignant-es** sur les conséquences de ces constructions sociales pourrait **diminuer les préjugés sexistes** et contribuer à des **soins de meilleures qualités** aux patient-es, quel que soit leur genre (72).

II- Les rôles sociaux « féminins », facteurs de précarité sociale et sanitaire

Après avoir déconstruit le mythe de la neutralité médicale, nous montrerons dans cette seconde partie que les pratiques des soignant-es entretiennent, consciemment ou inconsciemment, les différents **rôles sociaux attribués aux femmes**. Nous verrons par ailleurs que ces derniers représentent des **facteurs de précarité sociaux, mais aussi sanitaires** pour les femmes et qu'il est donc essentiel de mesurer leurs conséquences sur leur santé.

⁴¹ Voir définition page 150.

1- Le corps féminin : objet de séduction ?

Outre le sexisme systémique présent au sein des processus relationnels et communicationnels, les participant-es ont largement décrit la pression sociétale sur leur corps de « femmes », qu’iels assimilent à une réelle « *violence quotidienne faite aux femmes* » (E17). Pour certain-es auteur-ices, les **diktats sociétaux esthétiques à l’égard du corps féminin** seraient d’ailleurs une manière supplémentaire de maintenir un « pouvoir » sur la gent féminine (196, 197), non sans conséquences sur leur santé et leurs recours aux soins.

Assujettie-es à **de nombreuses injonctions corporelles** (minceur, jeunesse éternelle, peau lisse, corps tonique...), les femmes semblent en effet être soumis-es à un « *devoir de beauté et de santé* » (198), soutenu par l’industrie de la mode et de la publicité dont iels sont les « **principales cibles marketing** » (199). Régimes divers, programmes fitness amincissants, pilules et compléments alimentaires « *détox’* », épilation sans douleur, crèmes antirides hors de prix, voire promotion de la chirurgie esthétique ; tout semble promouvoir l’atteinte d’un **corps « idéal »**, qui ne cesse de se réadapter au fil des époques et des cultures : « *Y’a des siècles, moi j’aurais fait un carton total avec mes hanches et ma taille fine, et... (rires) et puis euh... et puis peut-être que ça arrivera dans quelques années. [...] Avant on trouvait beau les poils ! Tout le monde se laissait les poils, maintenant c’est "AAAH, dégueulasse !" »* » (E11).

Bien que profondément irréaliste, ce modèle est **érigé en responsabilité individuelle**, accusant parfois les individus, dont le corps n’y correspond pas, de manquer de volonté. Le dicton « *il faut souffrir pour être belle* » (E5) en est un exemple frappant. Si bien que les images de ces **corps « parfaits » (mais retouchés)** se retrouvent partout, jusque dans les salles d’attente des cabinets médicaux : « *Je peux regarder chez le médecin des magazines de mode* » (E6).

Si la grande partie des participant-es de notre étude ont **critiqué ces normes sociétales** et semblent essayer de s’en défaire, leur entourage voire même certain-es professionnel·les de santé, ne cessent de leur rappeler que leurs corps n’est pas assez « conforme ».

Ceci n'étant pas sans conséquences (**discriminations « grossophobes»⁴² ou « pilophobes»⁴³** par exemple), les participant-es déclarent s'astreindre à diverses pratiques contraignantes tels que l'épilation ou les régimes en tout genre, et vont même jusqu'à admettre avoir envisager le recours à la chirurgie esthétique.

A ce propos, cette pratique chirurgicale, comme le décrit la journaliste Mona Chollet, est un exemple particulièrement frappant de la réduction du corps féminin à un « *corps-animal* » :

« Le marqueur du chirurgien dessine sur la peau de ses clientes des pointillés qui les réduisent à des pièces de boucherie : épaule, filet, carré, rognon, cuissot. Ce faisant, il semble tracer des frontières infranchissables entre les différentes parties de leur personne. » (200).

Cela rejoint les propos d'une de nos participant-es, qui exprimait avoir eu l'impression d'être perçue comme un simple « *bout de viande* » (E4) par les soignant-es lors d'une opération chirurgicale du genou.

Les participant-es ont par ailleurs expliqué comment ces nombreuses injonctions ont pu affecter leur santé à différents niveaux : diminution de **leur estime d'eux-mêmes, désagréments physiques** plus ou moins importants (*brûlures cutanées au second degré lors d'une épilation-laser dans un cabinet de dermatologie, par exemple*), ou encore majoration de certains **troubles médicaux** (*dysmorphophobie⁴⁴, trouble du comportement alimentaire, trouble anxieux ou de l'humeur...*). Outre les conséquences directes sur la santé physique et psychique des femmes, ces normes et le manque d'estime personnelle générée, peuvent **porter atteinte à leur santé d'une façon plus insidieuse**. En effet, comme l'explique une des participant-es ayant exercé comme infirmière dans un service d'oncologie, certain-es patient-es, ne se sentant plus « femmes », peuvent prétendre à **renoncer à poursuivre leur soins anti-cancéreux** lorsque ceux-ci bouleversent leur identité corporelle féminine (perte des cheveux, mastectomie...).

⁴² La grossophobie concerne la discrimination et la stigmatisation sociale des personnes en surpoids (342).

⁴³ La pilophobie concerne la discrimination et la stigmatisation fondées sur l'apparence d'un individu, essentiellement féminin, lié à ses poils.

⁴⁴ La dysmorphophobie est caractérisée par une préoccupation excessive concernant son apparence physique, au point d'engendrer des conséquences négatives dans la vie sociale, professionnelle, etc.

Les participant-es ont utilisé le mot « **mutilation** » pour parler de la mastectomie ou encore de l'hystérectomie, témoignant de la souffrance engendrée par ce changement corporel. L'impact des soins anti-cancéreux sur l'image de son corps et sur la perception de sa « féminité » est largement documenté dans d'autres travaux (201-204).

Par ailleurs, les participant-es nous ont fait part d'une injonction sociétale supplémentaire les concernant : celle de **la séduction**. Leurs corps, qu'ils disent « réduit » à un **objet de désir**, se verraient en effet souvent « **hypersexualisés** »⁴⁵, notamment au niveau des seins, mais également des organes génitaux externes.

Ces derniers semblent d'ailleurs tenus de se conformer à l'**image lisse de la vulve** perceptible dans la pornographie, mais aussi dans les publicités, où les retouches permettent de rendre ses formes imperceptibles sous les vêtements. Ainsi, comme le développait un-e des participant-es, le sexe féminin devrait être imberbe, les petites lèvres discrètes, le vagin resserré et tonique garant de sa jeunesse ; certain-es femmes n'hésitant pas à recourir à des soins médicaux comme nous avons pu le lire dans les médias récemment :

« Ce que j'ai fait est trop bien, j'ai fait des machines au niveau de mon vagin, de la radiofréquence et de la mésothérapie sans injection. Ça rajeunit le vagin, c'est trop bien. Je trouve que c'est super important d'avoir un beau vagin. J'ai vraiment de la chance, je n'ai pas les lèvres qui dépassent. [...] Là, c'est comme si j'avais 12 ans ! » (205).

D'autres encore peuvent avoir recours à une nymphoplastie⁴⁶ ou encore un blanchiment anal⁴⁷.

⁴⁵ « L'hypersexualisation, ou la sexualisation de l'espace public, est le phénomène par lequel les médias donnent un caractère sexuel à un produit ou à un comportement qui n'a rien de sexuel. Il se manifeste dans les magazines, les vidéoclips, les films, l'industrie de la mode et surtout dans la publicité. [...] De façon générale, cette tendance augmente la tolérance d'une certaine forme de violence envers les femmes, ce qui pourrait même accroître les risques d'agression sexuelle. [...] La sexualisation de l'espace public habitue la population à des représentations stéréotypées et irréalistes des femmes. La séduction et la recherche d'attention résument souvent le rôle qui leur est attribué. Elles sont aussi soumises à une forte pression pour être sexuellement actives et attirantes. » (344, 343).

⁴⁶ La nymphoplastie, correspond à la chirurgie esthétique des petites lèvres de la vulve, dans le but de réduire leur taille.

⁴⁷ Le blanchiment anal correspond à recourir, à visée esthétique, à un éclaircissement de la peau au niveau de l'anus, afin d'avoir une couleur de peau uniforme.

Du fait de cette représentation erronée, certain-es participant-es ont déclaré se questionner sur la « normalité » de leur vulve, ne la trouvant « pas belle » (E11), ou se demander par exemple si leur pertes ou lubrifications vaginales sont normales, ce qui rejoint de nombreux récits postés sur des réseaux sociaux ou forums par des personnes ayant un vagin (206-208). Il est à noter que cette sensation d’avoir une vulve « anormale » est renforcée par le manque de représentations de la diversité des organes génitaux externes féminins, ce que plusieurs artistes essaient au contraire de mettre en lumière ces dernières années (209-210).

Cependant, le **tabou sociétal** persistant sur le sexe féminin et **la honte** qui en découle semble dissuader nos interrogé-es d’évoquer leurs questionnements à leurs médecins : « *Quand j'aime un homme, et qu'on passe cette étape de la vie sexuelle... c'est... je me questionne énormément. Mais j'en ai pas parlé de ça avec les médecins.* » (E11). Certain-es participant-es expliquent même avoir eu beaucoup de mal à franchir la porte d’un cabinet de gynécologie, craignant de dévoiler lors de l’examen clinique leur anatomie génitale qu’iels pensaient « anormale ».

Le milieu de la santé, et plus particulièrement la consultation de soins, apparaît donc comme un espace au sein duquel s’immiscent ces **normes esthétiques corporelles**. Pour certain-es participant-es, elles semblent même y être **amplifiées** : l’examen du corps est perçu comme un moment désagréable où leur corps va être « scruté » (E19) dans ses moindres recoins, majorant de ce fait leurs complexes. La majorité des interrogé-es disent par exemple **s’astreindre à s’épiler avant de consulter un-e soignant-e** (alors qu’iels n’y portent pas toujours d’importance dans leur vie quotidienne) par crainte de recevoir des jugements négatifs.

Nous déplorons encore que leurs craintes ne soient pas sans fondements, puisque plusieurs d’entre iels ont fait l’expérience de **propos péjoratifs vis-à-vis de leurs corps** (poids, pilosité, transpiration...), quand ce n’était pas des **gestes déplacés ou séducteurs**.

Entre autres, les participant·es ont souligné la **focalisation parfois trop importante voire injustifiée** de certain·es professionnel·les de santé **au sujet de leur poids**. Ceci renforce et légitime, selon iels, le **discours normatif sur la minceur** et peut être vécu comme « **culpabilisateur** » par les soigné·es, ce qui rejoint les résultats d'autres études (211-213). Pis encore, cela a parfois une conséquence sur le recours aux soins des patient·es, stigmatisé·es en raison de leur surpoids ou leur obésité, comme l'explique Daria Marx lors d'une interview : « *C'est une angoisse à chaque fois que je dois consulter un nouveau médecin, parce que je sais qu'on va se focaliser sur mon poids [...] Ça nous rend hyper rétifs à aller consulter. Les gens laissent les pathologies s'aggraver* » (214).

Le **collectif Liberté Pilosité Sororité** s'est quant à lui intéressé à la **stigmatisation des poils féminins**. Il rappelle comment les poils apparaissant chez les femmes à la puberté (jambes, pubis, aisselles, ventre, mamelon) sont perçus comme disgracieux et « sales », ce qui questionne l'idéal du corps féminin qui devrait donc rester « pré-pubère ».

Par ailleurs, au cours d'une enquête ayant interrogée plus de 6000 femmes françaises (majoritairement âgées de 20-40 ans), ce collectif a mis en évidence la « pilophobie » provenant de certain·es soignant·es : « *Vous ne devez pas faire souvent crac-crac !* » ou encore « *Il y a du relâchement !* ». De plus, la pilosité des participant·es a parfois été considérée à tort comme un signe d'hirsutisme⁴⁸.

Cette enquête rapporte par ailleurs que 97% des interrogées ont déjà eu au moins un effet secondaire à la suite de la pratique de l'épilation, mais également que 38,3% d'entre elles sont mal à l'aise à l'idée de montrer leurs poils à un médecin, quand elles sont 5,1% à avoir déjà décalé ou renoncé à une consultation parce qu'elle n'était pas épilée (215). Les propos des participant·es de notre étude rejoignent ces témoignages.

⁴⁸ L'hirsutisme est un développement excessif du système pileux chez une femme, dû à une sécrétion exagérée d'hormones corticosurrénales. Il résulte généralement d'un taux d'androgène anormalement élevé dans l'organisme.

Devant les critiques voire la sexualisation de leurs corps par certains soignants, plusieurs participant-es de notre étude ont rapporté un réel **manque de confiance lors des examens médicaux et paramédicaux**, allant jusqu'à la **peur d'une agression sexuelle**. : « *J'avais cette angoisse d'être avec un médecin homme de nouveau et qu'il ait des gestes déplacés parce qu'après toutes les violences et toutes les agressions qu'on peut vivre, c'est vrai qu'il n'y a jamais trop d'endroits où on se retrouve en sécurité.* » (E3). Quand la majorité des participant-es expliquent préférer, pour ces raisons, **consulter uniquement des professionnel·les de sexe féminin** (« *c'est pour ça aussi que je préfère déjà les femmes, parce que je me dis que le risque d'agressions est moindre* » E19), quelques-un-es affirment avoir parfois **renoncer entièrement à consulter un-e professionnel·le de santé** quel que soit son genre.

Face à ce constat, il s'avère indispensable de recréer une **attitude relationnelle rassurante** et un **espace de soins propice à la confiance** afin que l'examen du corps ne soit plus un calvaire pour nos patient-es. Par ailleurs, étant donné que le mal-être vis-à-vis de son corps provient souvent d'une méconnaissance de la diversité, il nous semble, qu'en tant que professionnel du corps humain et de la santé, les soignant-es ont la possibilité d'aider les patient-es à sortir de cette vision erronée : leur montrer la pluralité des corps ou encore leur expliquer la normalité de ce qui leur paraît être un défaut (vergetures, cellulite, pilosité, tailles des petites lèvres, etc) entre autres, pourraient, selon nous, constituer des ressources non négligeables dans leur chemin d'acceptation de soi.

2- Désir ou devoir de maternité ?

Au cours des entretiens, les participant-es ont été nombreux·ses à aborder le thème de la maternité. Iels ont particulièrement critiqué la **pression sociale qu'ils ressentent en tant que femme sur le fait de « devenir mère »** : incompréhension de leur non-désir d'enfant, idée « *d'horloge biologique* »⁴⁹ ou « *d'instinct*

⁴⁹ L'horloge biologique est un concept qui désigne la baisse de la fertilité avec l'âge chez la femme.

maternel », mais aussi attentes exigeantes portées sur iels lorsqu’iels sont mères. De plus, iels ont dénoncé l’omerta qui semble planer sur les difficultés du post-partum.

Certain-es participant-es rapportent ainsi avoir vécu une **pression ou des jugements de la part de soignant-es concernant leur désir de maternité estimé trop « tardif »**, sous couvert de l’argument de « **l’horloge biologique** » qui détermineraient l’âge « idéal » d’une première grossesse. Alors qu’iels souffraient parfois d’infertilité, ces remarques négatives de la part de soignant-es n’ont fait qu’appuyer leur **sentiment de culpabilité** vis-à-vis de « *l’échec d’avoir des enfants* » (E17).

Un sentiment de culpabilité a également été rapporté par les participant-es ayant des enfants, lorsqu’iels rencontraient des **difficultés au cours du post-partum**. L’idée « **d’instinct maternel** » naturel (216), perpétué inconsciemment par les soignant-es, semble avoir majoré leurs **angoisses concernant leur « capacité » à être mères**.

En effet, le corps soignant se focalisant, selon iels, principalement sur le (futur) nouveau-né, les **(futures) mères et leurs appréhensions seraient trop souvent occultées**. Ce « *déséquilibre clair entre l’attention qui est portée à la période prénatale au regard de la période postnatale* » (217) est largement dénoncé par les femmes sur les réseaux sociaux et au sein de la littérature « féministe » (218-221). Contrairement à la période de grossesse qui serait, selon nos participant-es, bien encadrée du fait des consultations de suivi fréquentes, iels disent s’être senti-es **sous-informé-es concernant les potentielles difficultés du post-partum** : pleurs ou difficultés d’endormissement du nouveau-né, difficultés d’allaitement... Ce manque d’explications, d’écoute et de soutien leurs ont conféré un véritable sentiment d’« abandon ».

De plus, alors qu’iels faisaient part de leurs inquiétudes aux soignant-es, iels se sont parfois senti-es **infantilisé-es** par ces dernier-es, ce qui a renforcé leurs angoisses de ne pas « *être capable* » (E9) de s’occuper de leur enfant.

Les **difficultés concernant l'allaitement** ont été particulièrement exposées dans les entretiens. Les participant·es ne se sont pas senti·es assez entouré·es par **les soignant·es, qu'iels trouvaient souvent mal formé·es** à cette thématique. En effet, plusieurs travaux décrivent la formation insuffisante des soignant·es concernant l'allaitement, qui de plus, est endommagée par une divergence des pratiques et/ou des informations qu'iels délivrent (222-224).

Leurs attentions se porteraient presque exclusivement sur la **prise de poids du nouveau-né**, qui, si jugée trop faible, les amèneraient trop rapidement à proposer des biberons complémentaires au risque de conduire à un échec d'allaitement. Dans ce contexte, les participant·es ont déclaré **se tourner préférentiellement vers des structures telles que la « Leche League »**⁵⁰ pour y trouver le soutien et les conseils recherchés.

Ce sentiment de culpabilité et d'incapacité vécu·es par les mères semble être amplifié par le **mythe sociétal de la « mère parfaite »** (225) arrivant à accoucher « naturellement » sans péridurale, à jongler entre contraintes professionnelles et familiales, à rester en forme et à retrouver son corps pré-accouchement grâce à un programme sportif et alimentaire strict⁵¹, à satisfaire les critères de l'« *attachment parenting* »⁵², ou bien encore à prendre en compte les problèmes environnementaux (couches lavables, repas « bio » préparés à la main...).

Cette **maternité idéalisée**, appuyée par les réseaux sociaux, se confrontant à la réalité du post-partum, **de nombreux·es mères peuvent se sentir « anormal·es »**. Ce sentiment semble renforcé par le **tabou sociétal considérable autour des difficultés rencontrées post-accouchement**.

⁵⁰ Voir page 83.

⁵¹ « Dans notre société de la performance, les « fit moms » (« les mamans en forme ») sont devenues un véritable phénomène, sur les réseaux sociaux numériques avec le hashtag #fitmom et dans la presse « people ». Les adeptes de ce mouvement qui consiste à suivre un programme sportif et alimentaire précis et strict, visant à limiter les « dégâts » de la grossesse et retrouver « un corps de rêve » après l'accouchement, démontrent qu'avec un peu d'organisation, tout est possible. » (345)

⁵² Traduisible en français par le terme « maternage ». Ce concept fait référence aux pratiques de soin au bébé et au jeune enfant fondées sur les besoins perçus de l'enfant : allaitement prolongé, co-dodo, éducation « positive », portage par des moyens de portage physiologiques...

La parole féminine semble cependant se libérer progressivement à ce sujet⁵³, de même que celle concernant d'autres tabous entourant la grossesse et la maternité (fausses couches spontanées⁵⁴, deuil identitaire chez les mères⁵⁵, « *burn-out* »⁵⁶ maternel voire dépression post-partum⁵⁷, regret d'être mère⁵⁸...)

Selon nous, **les soignant-es** accompagnant les patient-es tout au long de la grossesse, ainsi qu'au moment de l'arrivée d'un enfant, ont un **rôle décisif à jouer dans la libération de cette parole, grâce aux outils d'information, d'accompagnement à la parentalité et ses potentielles difficultés**. Afin de **prévenir l'anxiété voire l'épuisement physique et moral des nouveaux parents**, il nous semble indispensable d'évoluer vers une démarche de soin holistique reconnaissant **le post-partum dans sa globalité**, et non plus de considérer uniquement les troubles physiques ou psychiatriques pouvant survenir dans cette période (217).

Par ailleurs, plusieurs des participant-es ont discuté de leur **non-désir de maternité**. Malgré l'incitation sociétale à l'enfantement et le tabou persistant concernant la non-maternité, ces participant-es semblent affirmer **leur identité féminine en dehors de la maternité** (226).

Quand la plupart des médecins rencontré-es lors de leur parcours de soins ont été bienveillant-es vis-à-vis de leurs choix de vie, d'autres semblent avoir projeté sur iels leur **perception obligatoirement « maternelle » des femmes**.

⁵³ Par exemple via le hashtag #MonPostPartum sur le réseau social twitter.

⁵⁴ Par exemple via la page « Mes Presques Rien » sur le réseau social Instagram.

⁵⁵ Ecouter par exemple le Podcast : « Mon Post-Partum. Hors-Série #1. Dalila, le deuil identitaire chez la mère en psychologie. »

⁵⁶ « *Le burnout désigne un état psychologique, émotionnel et affectif résultant de l'accumulation de stressés variés, caractérisés par une intensité modérée et un aspect chronique et répétitif.* » (217).

⁵⁷ Lire par exemple : « Guéritault V. La fatigue physique et émotionnelle des mères. Paris : Odile Jacob. 2008. »

⁵⁸ Lire par exemple : « Donath O. Le regret d'être mère. Paris : Odile Jacob. 2019. »

En effet, comme l'explique Charlotte Debest, Docteure en sociologie, l'identité féminine reste associée dans l'inconscient collectif au rôle maternel :

« L'infécondité volontaire féminine, relativement à celle des hommes, apparait suspecte. Une femme sans désir d'enfant est une femme potentiellement dangereuse : elle refuse les assignations liées à son sexe. » (227).

Ceci pourrait expliquer les **obstacles rencontrés lorsque les femmes souhaitent recourir à la stérilisation définitive à visée contraceptive**. C'est ce dont nous a fait part une des interrogé-es qui a fait face au refus des différents médecins rencontré-es, sous prétexte d'un âge jugé « trop jeune » et d'un nombre insuffisant d'enfants. D'autres travaux exposent cette difficulté d'accès à la stérilisation, bien qu'elle ne repose sur aucune raison légale (228, 229).

Pour la sociologue Cécile Ventola, cette réticence de certain-es médecins serait un vestige de la « *tradition nataliste qui caractérise le contexte français* », née notamment de la peur d'une dépopulation française lors des guerres des 19^{ème} et 20^{ème} siècles (122).

Pour finir, les participant-es ont mis en lumière la **moindre implication de leur conjoint masculin concernant la thématique de la procréation** que ce soit de leur propre fait ou bien de la part des soignant-es. Iels disent, par exemple, avoir souvent dû **les « motiver » à participer aux consultations** de suivi de grossesse.

Du côté des soignant-es également, iels rapportent un **moindre intérêt pour leur conjoint** : la communication lors de ces consultations serait tournée presque exclusivement vers iels et non pas vers le couple, quand leur conjoint n'est pas totalement occulté : « *j'aurais été célibataire c'était pareil quoi !* » (E1). Il en est de même pour **les consultations pour IVG**, lors desquelles les participant-es ont pu se voir refuser d'être accompagné-es par leur conjoint. Pourtant, iels pensent que **celui-ci serait tout autant concerné par ces thématiques** ; la grossesse, désirée ou non, découlant d'un acte commun.

Il semblerait donc que le corps soignant perpétue **l'assignation préférentielle des femmes au domaine de la « production et de la responsabilité des enfants »** (218), ce qui, encore une fois, entretient la différenciation et la hiérarchisation socioculturelles des sexes. Au contraire, nous pensons qu'il est **important d'informer et d'impliquer également nos patient-es hommes sur ces thématiques** pour leur permettre d'acquérir une **autonomie et une responsabilité vis-à-vis de leur santé reproductive**.

Dans ce cheminement, il faudra cependant rester vigilant vis-à-vis du **principe de « l'égalité à tout prix »**, afin de ne pas créer de **nouvelles formes de normalisation** (conjoint obligatoirement présent dans le suivi de grossesse, etc.) en faisant endosser à nos patient-es femmes une nouvelle responsabilité : celle d'encourager leur conjoint à participer : *« Il y avait une séance où elle [la sage-femme] nous avait fortement conseillé d'amener le papa. Donc euh je l'avais amené, mais lui, il était ...ça lui disait moins. Il est venu parce que j'ai demandé en fait. »* (E9).

3- Care⁵⁹, travail domestique et professionnel : la charge mentale⁶⁰ d'une triple-journée

Le discours sur la femme « mère » et son amour maternel inné que nous venons de décrire maintient les femmes dans une forme de subordination sociale et économique, en leur conférant implicitement la **responsabilité du travail de « care » et du travail domestique, invisibles et non payés** (230, 231).

Les participant-es ont été en effet unanimes pour dire que la **responsabilité associée au fonctionnement du foyer** (travail domestique, soin des proches, assurer les comportements de santé du foyer tel que le respect d'une alimentation équilibrée...) **leur incombe en majorité**, décrivant leur conjoint masculin comme un « soutien » plutôt qu'un acteur autonome dans la réalisation de ces différentes tâches.

⁵⁹ Voir définition page 84.

⁶⁰ Voir définition page 84. Ce terme a été popularisé par la bande dessinée de l'illustratrice Emma, intitulée « *Fallait demander* » (349).

Les participant-es décrivent cette responsabilité comme un réel « *deuxième travail* » (E9) leur conférant une importante « **charge mentale** » quotidienne. Cette charge semble se majorer à la suite de la naissance d'un enfant, la responsabilité du soin des enfants leur étant là aussi principalement confiée (organisation et logistique, accompagnement aux visites médicales...). Selon l'INSEE (données de 2010), les femmes effectuent effectivement la majorité des tâches ménagères et parentales, respectivement à 71 % et 65 % (232).

L'activité de « **care** » (233), ne concerne pas uniquement les enfants du foyer, mais s'élargit aux autres membres de la famille, notamment aux **personnes dépendantes** (que ce soit lié à l'âge, à un handicap, à une maladie nécessitant une aide spécifique...) (117). Selon une enquête de la DRESS (données 2015-2016), 59,5% des aidant-es des seniors vivant à domicile sont en effet des femmes (234).

Ici encore, on devine l'influence de **l'éducation différenciée des individus** dès leur plus jeune âge, apprenant aux filles à se soucier des autres, alors que cette capacité est « *négligée, voire réprimée dans l'éducation des garçons* » (235). Ces rôles sociaux semblent d'ailleurs se maintenir tout au long de l'avancée en âge des femmes, celles-ci poursuivant leurs activités domestiques et de « care » malgré le développement de potentielles incapacités liées à l'âge (74, 236). Alors que les hommes âgés semblent pouvoir compter sur l'aide de leurs épouses au quotidien, les femmes âgées, du fait de leur plus longue espérance de vie (237), se retrouvent plus souvent veuves et isolées face à leurs incapacités (30).

Ce rôle de gestionnaire familial serait, selon les participant-es, largement entretenu par les soignant-es. Les femmes se voient en effet souvent assigné-es à leur **rôle de soutien de famille, de soignant-es des personnes malades ou âgées et semblent rester les principales médiatrices des personnes en institution** (30), sans prise en compte de la surcharge que cela suppose pour leur vie : « *A chaque fois, ils [le personnel de la maison de retraite] passent toujours par MOI, pourtant la personne de confiance, c'est mon mari, son fils ! [...] Mais je suis toujours là ! Donc ils savent à qui demander !* » (E10).

Par ailleurs, alors que les soignant·es prendraient en compte le contexte de vie des hommes, notamment concernant leur activité professionnelle, les participant·es rapportent une moindre reconnaissance des **conséquences de cette charge sur leur quotidien** (préparation des médicaments d'un proche âgé, organisation des rendez-vous médicaux des enfants, tâches domestiques...) **et son impact sur leur propre santé**. Iels attribuent en effet en grande partie leur **stress, fatigue, trouble du sommeil, perte de poids, alimentation déséquilibrée ou encore manque d'activité physique** à leur « triple-journée » (travail professionnel, travail domestique, *care*).

Ces propos rejoignent les résultats d'autres travaux (180, 217, 238). Certaines études retrouvent également une association aux troubles cardio-vasculaires (239), au syndrome dépressif (240) ou encore à une majoration des douleurs chroniques (126).

Même lorsque les femmes sont iels-même malades ou en cours de traitement, iels semblent encore être sollicité·es pour assurer ces activités domestiques et de care :

« Une femme, atteinte d'un cancer du sein, nous raconte : Après un traitement lourd, sa sortie de l'hôpital devait être postposée et son mari était déçu, entre autres parce qu'il comptait déjà sur sa femme pour préparer le repas du soir... » (241).

« Pour moi la charge mentale, c'est quand, immobilisée suite à une chirurgie du genou, je me retrouve à devoir répéter inlassablement « tu peux passer l'aspirateur ? », « tu peux charger le sèche-linge ? », « tu peux aller voir ce que font les filles ? ». Sinon rien n'est fait. » (242).

Les participant·es ont également témoigné faire parfois passer leurs **problèmes de santé au « second plan »** par manque de temps (« *J'ai tendance à, pour tout ce qui n'a pas un grand impact au quotidien, à le faire passer au second plan, parce que y'a plein de choses, y'a les enfants, y'a les grossesses, enfin c'est pas prioritaire quoi !* » E9) ou en raison de difficultés financières (« *J'y vais pas parce que je suis pas bien remboursée dans ma mutuelle euh... Ça a un coût aussi ! [...] Y'a des médecins tu le sens...à la fin de ton mois, quand t'as pas beaucoup d'argent* » E11).

Plusieurs études corroborent leurs propos : les patient·es femmes déclarent plus que les hommes **renoncer aux soins en raison d'un manque de temps** lié à leur obligations professionnelles et familiales, ou encore en raison d'un **manque de moyens financiers** lié à la précarité de leur emploi (243-245).

Concernant ce dernier point, il s'avère que les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'exercer un emploi à temps partiel, de renoncer à une évolution de postes, de prendre un congé parental long, voire de cesser leur activité professionnelle pour s'adonner à ces activités domestiques et de care : « *j'ai arrêté de travailler pour pouvoir m'occuper de mes enfants* » (E2) ; non sans risque d'induire une **précarité financière** (246-247).

Par ailleurs, iels sont nombreuses à poursuivre ces **activités de care au sein même de leur activité professionnelle** (aide à la personne, profession de soin, profession liée à la petite enfance...) (248-249). C'est le cas pour nos participant·es, dont la moitié (10 participant·es) exercent ou ont exercé une profession attribuable au domaine du « care ».

En plus de la précarité financière, dont on sait qu'elle constitue un facteur majeur d'inégalités de santé ; **les emplois dits « féminins » les exposent directement à des risques pour la santé**. Ces derniers sont cependant **souvent peu considérés**, étant donné que la classification des « maladies professionnelles » a été principalement décrite en référence aux métiers dits « masculins ». Or, les métiers connotés « féminins » exposent eux-aussi à des risques spécifiques (mouvements répétitifs en tant que caissier·e, port de charge lourde en tant qu'aide-soignant·e....) (250). Il est donc important de prendre en compte ces spécificités pour améliorer la prévention des risques liés au travail chez nos patient·es femmes.

Ainsi, si le **mythe de la femme « fragile de nature » est erroné, il semblerait que les femmes se voient fragilisé·es par des valeurs sociales péjoratives et l'attribution d'une multitude de rôles sociaux précarisants, tant sur le plan financier que sanitaire**. Cette fragilité se voit par ailleurs majorée si d'autres facteurs de précarité sont présents, tels que le fait d'être une mère monoparentale, un·e femme âgé·e ou migrant·e, d'être porteur·ses d'un handicap, etc (180, 251).

Pour conclure, du fait des attentes sociétales vis-à-vis des femmes et de leurs conséquences directes sur leur santé (stress, épuisement physique et psychique, isolement...), les participant·es semblent consulter de plus en plus **pour « mal-être »**. Cependant, iels déclarent ne pas trouver de réponses satisfaisantes à cette souffrance « sociale » auprès des médecins, qui au lieu d'écouter et reconnaître leur « surcharge », la **minimiserait** : « *Ouais, y'a la charge mentale aussi du coup et euh... après les médecins qui minimisent et qui te disent : « Non mais c'est BON, fais tes trucs et voilà ! » » (15).*

Il nous semble d'autant plus important de réfléchir à ces questions de charge domestique et de *care* reposant sur nos patient·es femmes, dans notre **contexte médical prônant de plus en plus les soins ambulatoires** (retours à domicile rapides après une hospitalisation ou une chirurgie par exemple). Qui s'occupera du ou de la patient·e à son retour à domicile ? Très souvent une aidante féminine, qui se retrouvera potentiellement avec une charge de travail supplémentaire... : « *La maladie quelle qu'elle soit, elle va être gérée dans un contexte, et... [...] de pas avoir d'attention sur QUI gère ça ?! [...] QUI va faire attention à ce que ce soit pris régulièrement [les médicaments] ? [...] QUI dans l'entourage s'en charge ? Sur qui ça retombe ? » (E8).*

III- Le dogme médical normatif

L'analyse lexicale du discours des participant·es a révélé l'utilisation d'un **vocabulaire transposable au domaine du « religieux »** quand il s'agissait de parler de la « **figure médicale** » (« *guide* », « *surhomme* », « *puissance* »), et retrouvent plusieurs propos témoignant de l'**idée du « blasphème »** (« *on dit pas à un Docteur qu'il est mauvais* ») ou encore du « **dogme** » (« *c'est comme ça* », « *y'a pas le choix* »). Les représentations collectives semblent donc toujours imprégnées **du glissement historique du « pouvoir » de l'Église vers la profession médicale** (199).

Dans cette partie, nous analyserons **l'asymétrie présente encore aujourd'hui dans la relation de soins**, puis nous réfléchirons au rôle des médecins dans la **définition de la « normalité » et du « pathologique »**, ainsi que dans l'élaboration et la perpétuation des **normes et tabous sociétaux concernant les femmes**.

1- Un médecin « tout-puissant »

Ces dernières décennies ont vu émerger plusieurs lois, en particulier la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades (252), visant à **faire évoluer la relation médecin-malade d'un modèle paternaliste à une alliance thérapeutique** (253).

Malgré cette évolution, le discours des participant·es dépeint une relation de soin toujours caractérisée par une **dépendance des patient·es vis-à-vis de leurs médecins** qui resteraient les seuls détenteurs du savoir et du pouvoir sur leurs corps. Iels en parlent comme d'une véritable **« figure d'autorité »**, auprès de laquelle iels s'attachent à faire « bonne figure », se comportant comme la *« patiente qu'ils aimeraient voir »* (E8) quitte à leur **mentir ou jouer un rôle** par crainte de se *« faire engueuler »* (E1). Ainsi, même lorsque les participant·es semblaient critiquer **la posture hiérarchique et paternaliste** des soignant·es, iels les ont décrits, consciemment ou inconsciemment, comme des êtres *« supérieurs »* pouvant les délivrer de leur *« mal »* : des **« Dieux »** en quelque sorte.

Certains témoignages de patient·es publiés récemment dans l'actualité sur la thématique des violences gynécologiques reflètent également cette vision quasi- « divine » attribuée aux médecins : *« [...] elle a enfin rendez-vous avec "le Messie" »* (254), ou encore, *« [...] vous allez voir Dieu. On ne fait pas le poids face à lui. »* (255).

Ce **paternalisme**, qui reflète l'exercice d'une autorité s'apparentant à celle d'un « père » auprès de ses enfants (256) (257), se veut certainement bienveillant de la part des soignant·es. Cependant, cette attitude a souvent été décrite comme **« condescendante »** ou **« infantilisante »** par les interrogé·es.

Selon iels, **les patient-es femmes souffriraient davantage de cette infantilisation que leurs homologues masculins**. En considérant les femmes à un statut inférieur de celui des hommes, la conception patriarcale de notre société les placeraient en effet d'autant plus dans une forme de subordination et de dépendance assimilable à l'enfance (258).

Cette infantilisation a été mise en évidence dans les témoignages des participant-es, notamment lorsqu'iels rapportaient le **vocabulaire ou les gestes « enfantins »** qu'ont pu utiliser certain-es soignant-es, mais se reflétaient également dans le **manque d'explications reçues** concernant leurs pathologies et leur prise en charge. La **communication au sein de la relation de soins** semble donc rester essentiellement **unilatérale et « descendante »** : du ou de la médecin *« savant-e »* vers le ou la soigné-e *« ignorant-e »* (259).

Les participant-es expliquent par ailleurs que le partage de leurs expériences personnelles n'a pas toujours été bien reçu par les soignant-es qui leur répondaient qu'iels n'allaient pas *« leur apprendre leur métier »* (E1), ce qui témoigne du conflit persistant entre savoirs profanes et savoirs scientifiques (259-260).

Ce sentiment de **déséquilibre communicationnel semble être majoré avec les soignants hommes rencontrés**, dont l'attitude, consciente ou inconsciente, peut-être assimilée à du **« mansplaining »**⁶¹. Le verbatim ci-dessous permet de mieux saisir l'essence de ce concept, qui décrit l'attitude patriarcale dominante dont peuvent faire preuve certains hommes, lorsqu'ils expliquent quelque chose à une femme qui maîtrise déjà le sujet, voire en est experte : *« Bon, je suis une femme à l'université, genre je suis habituée à ce qu'il y ait des connards qui y connaissent rien à mon sujet, qui... [...] vont me couper la parole, euh vont me détromper, et... et vont pas écouter... »* (E16). Les participant-es l'ont particulièrement dénoncé lorsqu'il se rapportait à leur anatomie féminine : *« En plus ce qui est très paradoxal, c'est qu'ils sont incapables de savoir [...] ce que c'est d'être enceinte, des douleurs vaginales, des douleurs de contraction [...] Mais ils se permettent quand même de te dire que... »* (E1).

⁶¹ Voir Définition page 112.

Ce mansplaining se rajoute au rapport de force naturellement présent dans les processus de communication entre les deux sexes. En effet, comme l'a relevé une des participant-es, on observe la plupart du temps **des rôles genrés au sein d'une conversation** bénéficiant en grande partie aux hommes. La féministe Corinne Monnet explique que les hommes tireraient plus souvent la conversation à eux, tandis que les femmes y participeraient plutôt en validant le discours masculin (131). Il serait par ailleurs plus difficile pour une femme de s'imposer dans la communication, et ce même si celle-ci possède une position hiérarchique plus élevée que son interlocuteur masculin (comme une femme médecin face à un patient masculin, par exemple) (131, 261).

Ainsi, **les soignants hommes partagent un double statut hiérarchique (paternaliste et patriarcal) face à une patient-e femme**, raison pour laquelle une grande majorité des participant-es déclarent préférer les « éviter » et se tourner uniquement vers des soignant-es femmes ; les soignant-es hommes les renvoyant à la « figure patriarcale » qui leur « *fait violence au quotidien* » (E2).

Outre la communication non bienveillante que nous venons de décrire, la posture « toute puissante » apparaît dans certains témoignages des participant-es concernant l'examen clinique : **non prise en compte de leur douleur** lors d'un examen (en particulier dans le domaine de la gynécologie), **non-respect de leur pudeur** (allant parfois jusqu'à devoir être entièrement nu-es lors d'une consultation) ou encore **absence de recherche de leur consentement** avant réalisation d'un geste, voire non-respect de leur non-consentement (réalisation d'un geste alors qu'ils l'avaient explicitement refusé). Ainsi, les participant-es affirment se sentir véritablement **déshumanisé-es** lors de certains soins.

Le fait que les patient-es se trouvent dans une **posture « subordonnée »** de recherche de soins et de solutions à leur souffrance majeure cette asymétrie de la relation (262). Dans ce contexte, les participant-es ont déclaré **ne pas oser formuler leur désaccord ou mécontentement** vis-à-vis d'une prise en charge non souhaitée ou face à **un comportement vécu comme « violent »**, craignant de recevoir une « *vague de condescendance* » (E8), ou bien pire encore, de ne plus être bien soigné-es par la suite.

Dans l'espoir d'être soigné-es, les participant-es semblent donc majoritairement **se résigner et se soumettre au dogme médical et à l'autorité des soignant-es** même lorsque la relation de soin ne leur convient pas : « *On a pas le choix quand on a besoin d'un suivi ou quoi, c'est comme ça !* » (E1).

Face à ce constat, il semble indispensable de réfléchir au rapport de pouvoir que nous entretenons au sein de la relation de soin, et à l'impact que celui-ci peut avoir sur la capacité d'agir de nos soigné-es et sur la confiance qu'ils nous portent.

Dans la **situation de « vulnérabilité »** dans laquelle se trouvent les patient-es en demande d'aide, il est de notre responsabilité de **préserver leur dignité et leur autonomie**, en leur délivrant une « *information loyale, claire et appropriée* »⁶² leur permettant de prendre des décisions éclairées concernant leur santé ; mais également en respectant leurs pudeurs physique et psychologique ainsi que leur consentement.

Pour finir, plusieurs participant-es ont affirmé faire d'autant plus confiance à un-e soignant-e, qui, d'une part, prend en compte leur avis et leur propre expérience, d'autre part, admet ne pas tout savoir et pouvoir se tromper. Ainsi, comme l'explique un-e des participant-es, ce qu'elle apprécie chez son médecin, c'est avant tout la **relation horizontale** qui les lie : « *il m'associe au fait que je me soigne. [...] Y'a vraiment cette complicité de la prise en charge. On est un peu main dans la main* » (E6).

2- La définition du « normal » et du « pathologique »

Le discours des participant-es nous amène également à réfléchir à l'**hégémonie**⁶³ **de la médecine** quant à la **définition de la « norme » médicale**. Les discours médicaux semblent en effet avoir le pouvoir de différencier ce qui est « normal » de ce qui « pathologique » (263) : « *Le médecin ne fait pas qu'explicitier un état de la maladie en lui-même évident, il le crée en lui apposant la notion d'une norme altérée* » (264).

⁶² Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique).

⁶³ L'hégémonie se rapporte à une domination sans « partage ».

Les stéréotypes genrés présents dans l'imaginaire collectif influencent parfois ces discours, comme cela a pu être le cas pour la **cellulite**, phénomène corporel physiologique, qui, comme l'explique la sociologue Rossella Ghigi, a basculé dans le domaine du « pathologique » dans les années 1930 :

« La cellulite, avant d'être "inventée", n'était que de la chair féminine adulte qui fut "localisée" par différents médecins tout le long du corps dans les endroits les plus divers (chevilles, régions abdominales, jusqu'à la nuque) [...] ces endroits commencèrent à relever du "pathologique", devenant une marque de laideur à la fois corporelle et morale (dans la mesure où la cellulite naissait de la négligence de celles qui "se sont laissées aller") » (265).

La **ménopause** est un autre exemple flagrant de la **médicalisation**⁶⁴ d'un **phénomène physiologique** (266, 267). Une vision dévalorisante des femmes ménopausées a en effet émergé dans le discours des médecins au 20^{ème} siècle :

« Raides, fragiles, courbées, ridées et apathiques elles traversent en trébuchant leurs dernières années. (...) Femmes désexuées, elles passent dans la rue sans qu'on les remarque et remarquent peu de choses elles-mêmes. (...) La douleur de l'alcoolisme, de la toxicomanie, du divorce et des foyers brisés par ces femmes instables privées d'œstrogènes ne pourront jamais être racontées (1966) Il est prouvé que le cours de l'histoire a été changé non seulement par la présence des œstrogènes, mais aussi par leur absence (1963) » (268).

La sociologue Cécile Charlap, ayant analysé les champs lexicaux utilisés par les médecins à cette période, explique dans son ouvrage que la ménopause était perçue comme un manque, une dégradation voire un risque, ce qui lui conférait le statut de « maladie » : celle de carence en œstrogène (269).

⁶⁴ La médicalisation est la « définition d'un problème en termes médicaux, l'usage d'un langage médical pour le décrire, l'adoption d'un cadre médical pour le comprendre ou l'utilisation d'une intervention médicale pour le traiter » (353).

Par ailleurs, l'exemple de la ménopause souligne particulièrement **l'influence de l'environnement socio-culturel dans le discours médical**. En effet, dans certaines cultures, comme au Japon, il n'existe même pas de mots pour désigner cette période de vie, ni pour décrire les « bouffées de chaleur » qui y sont associées (270).

De nos jours, cette influence socio-culturelle est amoindrie étant donné que la formation et la pratique médicale se fondent sur **l'Evidence Based Medicine**⁶⁵. Ce modèle, définissant la rationalité scientifique comme « *la seule et unique façon de s'occuper de la maladie* » (271), met cependant de côté le vécu des soigné-es et **exclut leurs propres modèles de savoirs ainsi que leurs expériences personnelles**.

Les participant-es ont par exemple cité l'attention excessive des soignant-es sur la prise de poids du nouveau-né pour définir la réussite ou non de leur allaitement, rejetant ainsi leur propre expérience de « mère » vis-à-vis du bien-être et de la santé de leur enfant.

Plus que leur expérience, les participant-es rapportent une **négation de leur ressenti et de leurs plaintes** lorsque celles-ci ne sont pas « visibles » au cours des examens cliniques et paracliniques.

La normalité de ces examens a donc conduit certain-es soignant-es à **remettre en cause la véracité de leurs symptômes** : « *Vous n'avez rien* », « *C'est dans votre tête* » sont des phrases maintes fois entendues par les participant-es à notre étude, ce qui rejoint les résultats d'autres travaux (83, 85, 126, 138, 272). Or, dire à un-e patient-e qu'il n'a « rien », contredit ce que son corps lui signifie : « *"C'est dans la tête", ça, ça revient à mort ! Ben non justement c'est dans mon corps (Rires) parce que j'essaye vraiment de donner des mots dessus quoi!* » (E16) ; et invalide les craintes ou les croyances l'amenant à consulter.

Comme l'ont rappelé les participant-es, si iels consultent un-e professionnel-le de santé, ce n'est pas pour « rien » : « *faire confiance au patient, parce que... Ils sont pas là pour faire chier déjà !* » (E16).

⁶⁵ L'EBM, traduisible en français par « Médecine fondée sur les preuves », consiste à « *utiliser de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes lors de la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient.* » (350).

Cette remise en question de leur parole et de leurs plaintes a pu d'ailleurs entraîner un **retard de diagnostic** chez plusieurs des participant·es (diagnostic de sclérose en plaque, mastocytose, pneumothorax ou endométriose), comme nous l'avons décrit précédemment.

Au contraire, un·e des participant·es nous rapportent son étonnement positif lorsqu'un radiologue consulté n'a pas remis en cause sa douleur au poignet qui « ne se voit pas ». Elle trouve cela encore trop rare de la part des soignant·es : *« Le gars, il m'a dit : « Moi je vous crois, je veux dire, votre douleur elle apparaît pas, mais ça veut pas dire qu'elle est pas réelle ! » [...] Il m'a pas du tout remise en doute, il m'a vraiment répété à plusieurs reprises: « Votre douleur reste réelle, c'est juste qu'elle se voit pas » »* (E4).

3- Validation médicale du manichéisme sociétal

Pour finir, les discours médicaux semblent participer à l'élaboration de la **définition sociétale du « bien » et du « mal »**.

Les participant·es ont en effet décrit avoir reçu des **discours « moralisateurs »** de la part de certain·es soignant·es, notamment en ce qui concerne le domaine de leur **santé reproductive** (choix d'accouchement à domicile ou d'allaitement long, choix de recourir à une IVG...) et de leur **sexualité** (rapports non protégés, prise d'une contraception d'urgence, multiples partenaires sexuels...), allant parfois jusqu'à une attitude assimilable à du **« slut-shaming⁶⁶ »** ou **« humiliation des salopes »** en français.

Certaines participant·es déclarent ainsi éviter de parler de ces thématiques sujettes à critiques avec leurs soignant·es. Pis encore, une des participant·es nous a intimé avoir pratiqué son IVG médicamenteuse à domicile plutôt qu'au cours d'une hospitalisation par crainte d'être jugée par le corps soignant, ce qui implique une **disparition de possibilité de choix thérapeutique** pour la patient·e.

Plusieurs travaux ou mouvements sociaux ayant donné la parole aux femmes relatent également ce genre de discours moralisateurs et culpabilisants de la part de certain·es soignant·es (272-277).

⁶⁶ Voir définition page 74.

Au contraire, les participant·es ont rappelé **l'importance d'une posture neutre et bienveillante**, leur permettant de se sentir en confiance avec leurs soignant·es quand il s'agit d'aborder les sujets « tabous » :
« Tu peux avoir une sexualité complètement libre, et tu peux lui raconter, et tu sais que tu te sentiras pas jugée. [...] Du coup, je me sens vraiment en confiance avec elle [une gynécologue], parce que je me dis que quoi qu'il m'arrive, j'oserai lui en parler, et... c'est pas toujours le cas » (E4).

Au-delà de l'entretien des mœurs, le discours médical semble consolider certains **tabous sociétaux concernant le corps des femmes et leur sexualité**.

En premier lieu, les participant·es ont décrit le tabou concernant leurs menstruations qui seraient encore aujourd'hui associées au dégoût et à la honte (278, 279). Cela expliquerait selon iels les **nombreuses inconnues dont souffrent encore certaines pathologies féminines** (endométriose, SOPK, trouble dysphorique prémenstruel...), faute d'intérêt scientifique porté aux menstruations et à ses troubles potentiels. Comme nous l'avons expliqué en introduction, la recherche scientifique sur la santé féminine a, entre autres, souffert pendant de longues années de la prédominance de chercheurs masculins, qui étaient plus susceptibles de se concentrer sur les problématiques de santé masculine (58).

Par ailleurs, les participant·es ont critiqué la persistance de la représentation historique et religieuse concernant la **souffrance « naturelle » attribuée au corps féminin**, perceptible dans l'histoire du « péché originel » :

« Avant de les chasser du paradis, l'Éternel dit à la femme : j'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur, et tes désirs se porteront vers ton mari, mais il dominera sur toi » (Genèse 3, 16) (279).

Les participant·es ont ainsi déclaré que plusieurs médecins ont **sous-évalué voire dénigré leurs douleurs gynécologiques** en leur disant **qu'il était « normal d'avoir mal »**.

Plusieurs travaux ayant pour sujet le vécu ou la prise en charge médicale de l'endométriose font le même constat (83, 85, 138), ce qui pourrait, en plus du manque de connaissance sur cette pathologie, expliquer la longue errance médicale des patient-es avant d'être diagnostiquée.

D'autres ont évoqué le **silence sociétal et médical entourant la période de la ménopause**. Dans une culture considérant les femmes essentiellement aux travers de leurs fonctions reproductives (79), celles de plus de 50 ans semblent en effet faire l'objet d'une invisibilisation sociétale (269, 280, 281) : « *Quand j'ai vu l'étude qui disait que les hommes de 50 ans préféraient les femmes de 24 ans. J'étais là : "Cool, dans un an je suis périmée ! Trop bien !" (Rires) » (E15).*

Bien que la ménopause soit médicalisée, il semblerait que cette invisibilisation soit perpétuée par le corps soignant, en témoigne la **méconnaissance des participant-es ménopausé-es sur les troubles ou spécificités liés à cette période**. Iels disent en effet les avoir « découverts » au fur et à mesure à l'aide de leurs proches féminines, plus que de les avoir « appris », ce qui nous indique qu'iels n'ont pas reçu d'informations suffisantes à ce sujet de la part des médecins.

Signes de la fin de la période de fécondité, les symptômes liés à la ménopause semblent donc peu faire l'objet d'explications par les soignant-es ou de campagnes de sensibilisation (282-284).

Enfin, le **tabou sociétal planant sur la sexualité féminine**, quant à lui, a été essentiellement dénoncé par les participant-es les plus jeunes. Il s'agit selon iels d'une thématique qui serait au mieux « *mal connue* » au pire « *diabolisée* » ou « *tue* » (E17). Ainsi, elle n'est que **très peu abordée lors des consultations médicales**, que ce soit par les patient-es ou par leurs médecins, y compris lors de la prescription d'une contraception, du vaccin contre le papillomavirus ou encore d'un test de dépistage des IST, alimentant ainsi le tabou : « *comme si il y avait un espèce de tabou, on prend la contraception, mais on dit pas pourquoi surtout ! [...] Non même quand y'a eu tout ce qui était papillomavirus etc., on parlait de transmission de virus, mais pas de comment ça peut se transmettre (Rires) ou quoi que ce soit. C'était toujours très aseptisé, très... » (E8).*

Dans son travail de thèse concernant les consultations gynécologiques, la sociologue Laurence Guyard a également observé que le sujet de la sexualité était peu abordé et quand il l'était, il semblait circonscrire la sexualité dans un cadre reproductif et conjugal (285).

Pourtant, iels sont plusieurs à déclarer que le **corps médical serait l'interlocuteur privilégié pour aborder les questions liées à la sexualité**, notamment à l'adolescence et au début d'une vie sexuelle active. Plusieurs travaux, ayant interrogé des adolescent-es au sujet de l'abord de la sexualité en consultation, décrivent également le rôle primordial des médecins dans l'éducation à la sexualité. Les adolescent-es disaient souhaiter que leur médecin généraliste amorce la thématique de la sexualité d'une façon générale, et non pas seulement concernant la prévention des MST ou des grossesses non désirées. Pour faciliter cet échange, **faire sortir les parents lors de la consultation** et leur rappeler le **secret médical** semblent être des pistes proposées (286, 287). Par ailleurs, le fait que le médecin explique à l'adolescent-e qu'il est possible de se tourner vers lui-elle en cas de besoin concernant la santé sexuelle, permettrait d'ouvrir le dialogue et de **laisser une « porte ouverte »** pour celles et ceux qui souhaiteraient aborder leurs questionnements ou leurs difficultés en lien avec leur vie sexuelle : *« Les gens du milieu médical, c'est les gens qu'on consulte sans nos parents, quand on arrive à un âge où il pourrait se passer quelque chose. Et... J'ai jamais senti de portes ouvertes en fait, pour en parler ! »* (E8).

Du côté des médecins, il semblerait que le principal frein pour aborder la sexualité en consultation soit leur **manque d'information, de connaissances et de formation** à ce sujet (288-291). C'est pourquoi, un travail de thèse de Médecine Générale a récemment réfléchi au contenu d'une potentielle formation des étudiant-es concernant l'abord de la sexualité en consultation. Les autrices ont élaboré un référentiel comportant 44 objectifs pédagogiques, permettant de renforcer les connaissances sur la sexualité et les compétences dans la gestion d'une consultation pour ce motif, mais également de rappeler la nécessité de réaliser un travail sur soi (explorer ses propres tabous...) et d'avoir une communication proactive avec les patient-es (292).

Certain-es participant-es ont d'ailleurs mis en lumière les **méconnaissances concernant l'anatomie féminine et le fonctionnement du plaisir féminin par les médecins**, rappelant la description détaillée bien trop récente de l'anatomie et de la physiopathologie du clitoris par le corps scientifique et sa faible représentation dans les iconographies anatomiques des manuels scolaires (293, 294). Un travail de thèse récent a mis en évidence la persistance de ces nombreuses lacunes, y compris dans la formation universitaire actuelle des médecins (294).

Par ailleurs, certaine-s participant-es ont évoqué les conséquences de la **vision sociétale hétéronormative**⁶⁷ **de la sexualité**, faisant du rapport « pénétratif » la norme, voire la seule sexualité possible (295, 296).

D'une part les **problèmes de santé sexuelle féminine ne seraient pensés qu'en terme de dyspareunies**, c'est-à-dire de douleur à la pénétration (sècheresse vaginale, vaginisme, etc.), excluant les autres possibles troubles sexuelles féminins (anorgasmie, clitoridodynie⁶⁸, problème d'ordre psychologique ou conjugal...).

D'autre part, les **autres pratiques sexuelles seraient invisibilisées, en particulier l'homosexualité**. De ce fait, les femmes ayant des rapports avec des femmes seraient, selon iels, moins bien informé-es et dépisté-es que les femmes hétérosexuel-les concernant les MST ou encore le cancer du col de l'utérus, ce qui est en effet rapporté dans de nombreuses études (297-300).

Pour finir, ajoutons que ce qui est considéré comme « normal » dans une culture ne l'a pas toujours été et ne l'est pas forcément dans une autre (mutilation génitale, douleur menstruelle, homosexualité...). Il nous semble donc que **la définition de la « norme » doit être continuellement soumise à questionnement et réadaptée**, y compris par le corps médical, dont le discours porte, comme nous venons de le voir, un caractère normatif certain.

⁶⁷ Voir définition page 32.

⁶⁸ La clitoridodynie désigne une douleur au niveau du clitoris.

IV- Le pouvoir médical sur le corps des femmes

Dans cette partie, nous développerons les **processus de pouvoir médical sur le corps des femmes et leur sexualité**, en nous intéressant plus particulièrement à la pratique de la gynécologie et de l'obstétrique. Nous montrerons comment celle-ci **normalise le parcours contraceptif, reproductif, et sexuel** des patient-es femmes.

1- Histoire d'une domination patriarcale et paternaliste du corps féminin

Dans leurs discours, les participant-es ont iels-même évoqué le **contrôle patriarcal et médical de leurs corps de femme**, qu'iels ressentent d'autant plus spécifiquement dans la sphère **gynéco-obstétricale**.

La majorité des participant-es a exprimé vivre difficilement l'examen gynécologique en raison des **gestes médicaux « intrusifs »** au sein de leur intimité corporelle. Iels rapportent là encore se sentir **infantilisé-es, peu informé-es par les médecins** et, plus alarmant encore, voir leur **douleur niée ou minimisée lors des examens**. De plus, iels regrettent la négligence de certain-es soignant-es face à leur demande de **consentement** avant l'examen gynécologique. Par conséquent, iels expliquent se sentir **dépossédé-es de leurs propres corps**, mais également des **savoirs empiriques** les concernant.

L'une des interrogé-es a d'elle-même assimilé la perte du savoir empirique gynécologique et obstétricale des femmes *« guérisseuses »* (E16) au profit d'un savoir professionnel médical, à l'évènement historique de la *« chasse aux sorcières »* (s'étant majoritairement déroulée durant la Renaissance). Cette théorie est confortée par certain-es auteur-ices ayant étudié la construction des savoirs médicaux et l'émergence de la profession de gynécologue-obstétricien·ne au cours de l'histoire.

Dans leur ouvrage, Barbara Ehrenreich et Deirdre English dénoncent en effet **l'alliance des médecins avec l'Église et l'État dans l'élaboration d'une médecine affranchie des femmes** (4). Ces dernières ont ainsi été dépossédées de leurs savoirs empiriques et participatifs sur leur santé, leur corps et leur sexualité ; ceux-ci étant jugés *« obscures et subversifs »* (199) : *« Si une femme ose soigner sans avoir étudié, elle est une sorcière et doit mourir »* (301).

Ce **conflit entre savoirs profanes et savoirs scientifiques** s'est vu amplifier à l'apparition des facultés de médecine au 13^{ème} siècle, où les femmes en sont exclues. La profession médicale plaça ainsi les savoirs concernant le corps des femmes sous la responsabilité des médecins masculins, excepté pour l'obstétrique qui resta encore le domaine des sages-femmes.

A la naissance de la médecine moderne (18^{ème} -19^{ème} siècle), le **monopole masculin sur le corps des femmes** se renforce : l'acquisition d'outils techniques par les « barbiers-chirurgiens » (comme les forceps obstétricaux), interdits aux femmes, fera perdre progressivement la légitimité des femmes accoucheuses. Fort de l'embourgeoisement de l'époque, les médecins s'accapareront rapidement l'accompagnement des parturientes (4).

Enfin, selon les médecins Catherine Markstein et Ariane Rixout, la fin du 20^{ème} siècle marque l'apparition d'une **médicalisation des cycles vitaux des femmes** (contraception, grossesse, accouchement, ménopause), faisant de chaque étape de leur vie génitale une « pathologie » (199).

Ainsi, dépossédées de leurs connaissances et compétences sur le corps, les femmes sembleraient avoir peu à peu perdu leur confiance envers leurs propres ressentis et l'avoir placée entièrement dans les mains du corps médical (199).

2- Entre surmédicalisation et particularisation du corps féminin

La perception du suivi gynéco-obstétrical a divisé les participant-es. Alors que les plus âgées du corpus (> 45ans) l'ont décrit comme **bénéfique en termes de prévention médicale voire de libération des femmes** (accès à la contraception, légalisation de la pratique de l'IVG ...), les plus jeunes semblent le percevoir majoritairement comme un « **contrôle** » **contraignant de leurs corps et de leur intimité**.

L'incitation médicale à consulter annuellement un-e gynécologue, pour laquelle il n'existe aucun parallèle chez les patients masculins, leur renvoie l'idée que leur **corps féminin serait « non fiable »** et nécessiterait donc un examen clinique régulier par « *quelqu'un qui sait* » (E5).

Iels posent la question du bien-fondé du rythme annuel des consultations gynécologiques alors que la fréquence recommandée des examens de dépistage comme celui du cancer du col de l'utérus, est moins importante⁶⁹. Aussi, malgré l'absence de symptômes, iels témoignent d'**examens gynécologiques systématiques** au cours des consultations pour renouvellement de leur pilule contraceptive. Ici encore, iels disent avoir l'impression que leur expérience et leur ressenti personnel concernant leurs corps ne sont pas valides. Les patient-es femmes ne seraient-elles donc pas capables de mesurer un changement pathologique au niveau de leur parties génitales ?

Certain-es des participant-es évoquent ainsi le sentiment d'une « **surmédicalisation** » de leur parcours gynécologique. Cette notion a également été abordée concernant le **suivi de grossesse et l'accouchement hospitalier**. La grande majorité des participant-es ayant des enfants sont satisfait-es de l'accompagnement médical reçu au cours de leur grossesse et de leur accouchement, permettant « *tout le confort possible* » (E2), notamment grâce à l'accès à la péridurale. Nous notons cependant l'interrogation de quelques participant-es autour de la **représentation sociétale de la femme enceinte abondamment médicalisée**, posant la question d'un état pathologique ou non de la grossesse.

Préférant considérer leur grossesse et leur accouchement comme des phénomènes naturels, certain-es ont alors opté pour des alternatives : accouchement à domicile ou bien en maison de naissance.

Sans nier les **progrès considérables pour la santé féminine** qu'a apporté le développement de la spécialité de gynécologie-obstétrique, le témoignage des participantes nous invite à réfléchir aux vestiges historiques présents dans notre pratique médicale.

⁶⁹ Pour les femmes entre 25 et 29 ans, le test de dépistage doit être réalisé par examen cytologique tous les 3 ans, après deux premiers tests réalisés à 1 an d'intervalle et dont les résultats sont normaux. Pour les femmes de 30 ans à 65 ans, il doit être effectué à l'aide d'un test HPV-HR, réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat est normal. Un nouveau test est refait tous les 5 ans, jusqu'à l'âge de 65 ans, dès lors que le résultat du test est négatif (351).

En effet, le discours médical a été construit autour de l'idée d'un **corps féminin « pathologique »** (2) puisque **dominé par sa « matrice », l'utérus, un « animal féroce » dont le souhait principal serait de procréer** (3). Pour illustrer ce propos, citons Platon :

« Chez les femmes, ce qu'on appelle matrice ou utérus est [...] un animal au-dedans d'elles, qui a l'appétit de faire des enfants ; et lorsque, malgré l'âge propice, il reste un long temps sans fruit, il s'impatiente et supporte mal cet état ; il erre partout dans le corps, obstrue les passages du souffle, interdit la respiration, jette en des angoisses extrêmes et provoque d'autres maladies de toutes sortes. » (302).

Cette définition imagée inspirera, entre autres, le discours sur l'hystérie féminine⁷⁰ (303).

Ainsi, les femmes, dominées par leur anatomie particulière et les nombreuses « incapacités » qui en découlent (menstruations, grossesse et accouchement, ménopause, hystérie...), seraient vouées à être **« d'éternelles malades »** (3), « légitimant » l'attention particulière de la part des médecins, notamment dans la sphère gynéco-obstétricale.

Cet **« utéro-centrisme »** (167) de la part du corps médical, restreignant les pathologies des femmes à leur fonction reproductive, risque cependant de les exclure des autres domaines médicaux et problèmes de santé publique. La sociologue Monique Membrado décrit cela sous le terme de **« particularisation » de la santé féminine** :

« Les femmes sont exclues de la construction des grands problèmes de santé publique comme le VIH, l'alcoolisme, les toxicomanies ou les maladies cardio-vasculaires, voire même les cancers, puisqu'elles auraient leurs « cancers spécifiques ». Elles sont particulièrement absentes de la santé au travail... » (136).

⁷⁰ Voir définition page 61.

La sociologue Lucile Ruault l'a également mis en évidence dans ses travaux, en montrant qu'il est quasi-systématiquement demandé aux femmes dans les consultations médicales si elles sont bien suivies au niveau gynécologique, comme si ce domaine prévalait « *dans la prise en charge médicale du cours de leur vie* » (79).

Le discours spontané des participant-es, qui s'est essentiellement tourné sur leur santé gynécologique et obstétricale, en témoigne. Par ailleurs, alors qu'iels ont, pour la plupart, déclaré être **régulièrement concernant les dépistages gynécologiques** (frottis cervico-utérin et mammographie), il n'a jamais été question des autres dépistages médicaux généralisés (dépistage du cancer colorectal...), ni de la réalisation d'un suivi préventif concernant d'autres organes.

Ainsi, cette particularisation semble entraîner un **désinvestissement des participant-es dans le suivi et la prévention des autres potentiels problèmes de santé** : « *Moi je vais jamais chez les médecins. Je fais jamais de check-up moi. [...] faut vraiment que je sois malade pour y aller. Ou que je suis obligée de faire la mammographie, le frottis, donc j'y vais, mais c'est tout. [...] J'essaie de faire quand même ça.* » (E10).

Un-e des participant-es nous a, de plus, confié le sentiment de « libération » qu'elle éprouve depuis l'arrivée de sa ménopause, qu'elle a associé au possible arrêt du suivi gynécologique « obligatoire » : « *depuis je fais rien, je veux plus voir un gynéco, donc ça s'est sorti de mon champ de médecin, il y a plus de gynéco dans mon radar téléphonique, c'est fini !* » (E6). Cette diminution des consultations médicales à la ménopause est décrite également par Membrado, ce qui appuie encore une fois la **focalisation de la santé féminine à la « possibilité reproductrice »** (136), parfois par les patient-es iels-mêmes.

3- Normalisation du parcours contraceptif et sexuel

Les participant-es ont particulièrement évoqué la **paternalisme des soignant-es concernant la prescription de leur contraception** et de part cela, l'emprise ressentie sur leurs corps et leur sexualité : « *Je suppose que mon bon médecin généraliste de famille à 14 ans était tout content de dire, ou de sous-entendre à ma mère qui m'accompagnait : « Oh bé comme ça c'est bon, elle sera déjà sous pilule et il risque pas de lui arriver quelque chose quoi ! », donc de supposer, et de : « On est pas capable de s'occuper de notre contraception »,*

et de : « C'est aux adultes de prendre des décisions pour nous », limite sans nous expliquer ce que ça fait au corps quoi ! » (E5).

Iels affirment avec unanimité **ne pas avoir été assez informé-es** concernant les différentes alternatives existantes et s'être vu **imposer un type de contraception** en fonction de leur **période de vie « génitale »**, voire de leurs **pratiques sexuelles conjecturées par les médecins**.

En analysant nos entretiens, nous retrouvons en effet des prescriptions médicales motivées par des présupposés paternalistes. Ainsi, sous couvert d'une acné juvénile, d'une entrée dans la vie sexuelle ou même simplement d'un passage à l'âge adolescent, nos interrogé-es se sont vu « imposé-es » une pilule contraceptive. L'implant hormonal, quant à lui, leur était fortement recommandé lorsqu'ils étaient considéré-es « non responsables », argumenté par l'oubli fréquent de prise de la pilule contraceptive. Le dispositif intra-utérin, au contraire, ne semblait pouvoir être envisagé qu'à partir de la première grossesse et exclusivement dans un contexte de couple stable.

Leurs témoignages mettent donc en lumière une **prescription marquée par les « appris »** lors du cursus universitaire, **voire par les croyances ou les angoisses des médecins**, et ne prenant pas en compte les préférences et le vécu personnel des patient·es. Ceci a d'ailleurs été décrit dans un rapport de la HAS comme étant l'un des **freins à l'accès et au libre choix d'une contraception adaptée** (304).

A titre d'exemple, une des participant·es expliquait s'être vu refuser la pose d'un DIU par un gynécologue, qui estimait le risque d'IST trop grand, étant donné son jeune âge et le probable grand nombre de partenaires sexuels qu'elle devait avoir : « *Lorsque je réponds que je suis dans une relation exclusive avec un seul partenaire, il me rétorque que c'est ce que beaucoup de ses patientes croyaient « Jusqu'à ce que leur mari leur refille le chlamydia » ».*

Le discours et la prescription médicale sembleraient donc répondre à un **schéma contraceptif et sexuel normatif**.

C'est ce qu'a démontré la sociologue Lucile Ruault dans une étude qualitative auprès de patient·es et de gynécologues français·es. Le **discours des médecins interrogé·es**, s'il n'était pas toujours moralisateur, était tout de même **fortement orienté**, du fait qu'il mettait l'accent sur le caractère contraignant de certaines méthodes contraceptives, en particulier le DIU :

« Le comportement stratégique de prescription consiste donc à diriger les usagères vers le parcours type. En lieu et place du refus net émis par les [gynécologues] plus âgées de l'échantillon [...] il s'agit de susciter le découragement et le renoncement chez la patiente. » (79).

Une des participant·es de notre étude ayant vécu dans un pays anglo-saxon décrit à ce propos les différences de prescription qu'elle y a ressenties en comparaison de son expérience française, notamment concernant l'accès des jeunes femmes au DIU.

Son ressenti est appuyé par les travaux de la sociologue Cécile Ventola, ayant étudié les **différences de prescriptions de contraception en France et en Angleterre**. Elle explique que la prescription est peu encadrée en France, raison pour laquelle on y retrouverait une grande diversité de pratiques médicales et une **attitude paternaliste** marquée de la part des soignant·es. Au contraire, la prescription serait plus standardisée en Angleterre, notamment grâce à l'utilisation systématique d'un **support documentaire « officiel »** par les médecins lors des consultations autour de la contraception, fournissant une **information complète sur les diverses méthodes féminines et masculines**, y compris les méthodes dites « naturelles », favorisant ainsi le libre choix des patient·es (229).

Par ailleurs, les participant·es ont déploré le manque de considération des soignant·es vis-à-vis de la **charge mentale représentée par la contraception** dans leur vie quotidienne, mais aussi les **multiples effets secondaires**, parfois invalidants, dont ils peuvent souffrir. Selon eux, la « libération » féminine apportée par la légalisation de la contraception à la suite des combats féministes des années 1960-1970 est un des arguments principaux expliquant la sous-estimation de ces difficultés.

Ces dernières apparaissent encore aujourd'hui dans l'inconscient collectif comme « le prix à payer » (E1) pour une sexualité féminine libre et non rattachée à la reproduction : « *Estimez-vous heureuse d'avoir un moyen de contraception !* " [Propos reçus de la part d'un médecin généraliste] » (E15).

Ceci corrobore les résultats de l'étude qualitative de Lucile Ruault, où une gynécologue affirmait, par exemple : « *Quand j'ai une petite qui vient, bon ben parce qu'elle n'a pas envie d'arrêter de fumer et qu'elle ne veut pas prendre une pilule en continu, enfin la génération des enfants gâtés ! (Rire).* » (79).

Dans le travail de thèse de Amélie Brosset (2020), nous remarquons une adaptabilité des patient-es vis-à-vis de leur contraception, qui sous-tend ainsi une conciliation entre les contraintes et les avantages qu'elle leurs confère (305). Cette constatation semble cependant en contradiction avec les nombreuses dénonciations publiques des différents moyens de contraception dans la sphère publique et les réseaux sociaux ces dernières années⁷¹, ainsi qu'avec les résultats de notre thèse. A noter qu'il existe un **biais de sélection** dans notre travail, les participant-es ayant majoritairement un **niveau d'éducation élevé** et semblant, pour la plupart de ceux-celles âgées de moins de 45 ans, particulièrement **sensibilisé-es à la cause « féministe »**.

Les contraceptions hormonales semblent les plus décriées (306), les participant-es étant en effet nombreux-ses à s'être tourné-es préférentiellement vers le DIU au cuivre. Certain-es de nos participant-es déclarent cependant ne trouver aucune solution contraceptive convenable, se tournant alors vers la contraception mécanique par préservatif ou déclarent recourir à des méthodes « naturelles » (symptothermie, méthode du retrait⁷²...), bien que celles-ci ne soient pas recommandées par le corps médical en raison de leur moindre efficacité.

A l'instar des luttes féministes des années 1960-1970 pour l'accès à la contraception orale, **le DIU au cuivre et les méthodes « naturelles » de contraception** apparaissent donc dans le discours des jeunes participant-es comme **les nouveaux « symboles » de libération féminine**.

⁷¹ Par exemple *via* la page « Paye Ta Contraception » sur le réseau social Instagram.

⁷² Voir définitions page 69.

Enfin, plusieurs des interrogé-es ont pointé du doigt l'association de la responsabilité contraceptive aux femmes exclusivement, y compris par les médecins, alors qu'ils souhaiteraient une plus **grande équité et un partage de cette charge** avec la gent masculine.

Il est vrai que plusieurs participant-es ont expliqué que leur conjoint masculin s'intéresse aux **possibilités de contraception masculine** plus ou moins définitives (intérêt croissant pour la **vasectomie** par exemple). Cependant, iels disent **ne pas ressentir d'ouvertures suffisantes de la part des professionnel·les de santé**, les méthodes masculines étant, selon iels, totalement absentes des discussions autour de la contraception avec les patient-es femmes ; quand les hommes, eux, ne bénéficieraient jamais de consultations dédiées à la contraception : *« Le jour où y'a un de mes potes qui sort de chez le médecin et dit : "Ben on a parlé de contraception", euh... Ben je l'attend ce jour-là quoi (Rires), parce que PUNAISE ! Ben lui il est pas prêt d'arriver quoi ! (Rires) »* (E16).

Nous pensons cependant que cela pourrait être bénéfique, que ce soit pour **diversifier les propositions de contraceptions au sein d'un couple**, et notamment permettre un accès plus facile des hommes à des techniques de contrôle de leur fertilité (comme cela peut-être le cas en Angleterre par exemple concernant la vasectomie (307)) mais également à titre de **prévention concernant les risques de grossesses non-désirées ou de MST**.

Les participant-es sont en effet plusieurs à avoir rapporté la réticence de certains partenaires rencontrés à l'utilisation du préservatif masculin, se voyant là encore conférer la charge d'en justifier la nécessité. Ceci corrobore les résultats d'une étude de la sociologue Cécile Thomé, qui met en lumière comment un objet masculin, le préservatif, a peu à peu été assimilé à une responsabilité féminine (308).

Ainsi, alors que les femmes se voient responsabilisées dès leur plus jeune âge, les hommes, quant à eux, semblent exclus de la prévention sexuelle et reproductive, ce qui perpétue le **« double-standard »**⁷³ **en matière de sexualité** (309).

Ceci a été illustré dans le travail de thèse de Levoir, ayant interrogé des médecins généralistes au sujet de l'impact du genre en santé. Ceux-celles-ci notaient en effet le fait que la santé sexuelle est plus souvent abordée avec les jeunes filles qu'avec les jeunes garçons : *« La maman va me demander une consultation dédiée pour la fille, pour parler de la puberté, de la sexualité, de la contraception »,* alors que *« le garçon on le laisse tranquille, il va faire sa puberté tranquille. »* (74).

Face à ce constat, un amendement a été voté en octobre 2021 à l'Assemblée nationale en faveur de **l'élargissement à tous les individus de 15 à 25 ans d'une consultation médicale gratuite concernant la santé et la prévention sexuelle** (310). Nous espérons que cela favorisera l'éducation sexuelle pour tous les individus, quel que soit leur genre et leur orientation sexuelle

Enfin, pour que l'accès à l'information concernant les possibilités de contraception soit complète et unifiée pour tous-tes les patient-es, il serait intéressant de disposer **d'un support documentaire « officiel »**, comme cela peut être le cas au Royaume-Uni, **incluant la totalité des méthodes contraceptives**, plus ou moins définitives (ligature des trompes et vasectomie), y compris le préservatif et les méthodes dites « naturelles » (retrait, abstinence périodique, symptothermie...).

En effet, comme l'explique la sociologue Cécile Ventola, même si l'efficacité de ces méthodes mécaniques et « naturelles » est nettement inférieure à celle des méthodes médicales, *« elles n'en sont pas moins utilisées par un certain nombre de couples »* et semblent constituer *« une forme de coopération entre les deux membres du couple »* (122).

⁷³ La « double-standard » désigne le fait de distinguer et de traiter différemment quelqu'un ou un groupe par rapport à un autre, ici les femmes par rapport aux hommes. A titre d'exemple, concernant la sexualité, une femme ayant plusieurs partenaires sexuels sera potentiellement sujette à une stigmatisation négative, quand un homme verra, au contraire, sa virilité renforcée et sera couvert d'admiration.

Ainsi, exclure de notre discours médical le panel de méthodes contraceptives masculines ou collaboratives, ne fait que perpétuer l'assignation préférentielle des femmes au domaine de la contraception et rejeter l'implication parfois souhaitée du partenaire masculin.

Pour finir, l'utilisation de la **méthode BERCER**⁷⁴ dans notre démarche d'information sur ces diverses méthodes, comme le préconise l'OMS, semble pouvoir répondre aux besoins des participant-es d'être pleinement acteurs·atrices de leur santé contraceptive: instaurer un climat de confiance, explorer les besoins et attentes propres des patient-es concernant la contraception, fournir une information complète concernant les différentes méthodes, leurs modalités d'utilisation, ainsi que leurs bénéfices et leurs risques, mais également s'assurer, au cours du suivi, de la satisfaction des patient-es concernant leurs choix contraceptifs (311).

V- L'ère de #metoo : de la libération de la parole à la sororité féminine

Ces dernières années ont été particulièrement riches de **débats médiatiques et de mouvements sociaux « féministes » relatifs aux violences sexistes et sexuelles faites aux femmes.**

Dans cette partie, nous verrons tout d'abord comment ces événements médiatiques et sociaux ont permis aux participant-es d'avoir une meilleure connaissance de leurs droits, y compris dans le domaine de la santé. Nous montrerons par la suite qu'ils rencontrent encore à l'heure actuelle de nombreux obstacles pour faire valoir ces droits dans le milieu de soin. Enfin, nous réfléchirons aux processus de réappropriation de leurs corps et des savoirs associés qu'ils mettent en place pour y faire face.

⁷⁴ Le modèle BERCER est un acronyme illustrant les six étapes clés d'une consultation de contraception qui sont : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour.

1- Une libération croissante de la parole sur les violences médicales

Les participant-es de moins de 40 ans ont spontanément évoqué les nombreux débats sociétaux de ces dernières années entourant les violences sexistes et sexuelles faites aux femmes. Iels expliquent comment ces mouvements « féministes » ont permis une **large prise de conscience des femmes** (en particulier au sein de leurs générations d'âge) au sujet de ces thématiques, **y compris dans le domaine de la relation thérapeutique.**

En France, depuis 2014, plusieurs mobilisations se sont en effet succédées sur les réseaux sociaux pour dénoncer les expériences de soins vécues comme « violentes » par les patient-es, en particulier dans le cadre des consultations gynéco-obstétricales : hashtag *#PayeTonUtérus*, *#PayeTonGynéco* ou encore *#Jenaipasconsenti*, pétition contre la potentielle pratique de touchers vaginaux sous anesthésie générale sans consentement ⁷⁵, etc. L'affaire Weinstein⁷⁶ de 2017, suivie de la prise de parole considérable de femmes du monde entier, y compris des personnalités publiques, *via* le hashtag *#metoo*, ont remis les violences sexistes et sexuelles sur le devant de la scène.

Dans les suites de ces différents scandales médiatiques, le Haut Conseil à l'Égalité (HCE) a été saisi par la Secrétaire d'État en charge de l'Égalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa, afin de réaliser un rapport au sujet des actes sexistes vécus par les patient-es femmes durant leur suivi gynécologique et obstétrical. Ce rapport, publié en 2018, a permis de mieux identifier ces actes sexistes (*non prise en compte de la gêne des patient-es, propos porteurs de jugement, actes réalisés sans demande préalable du consentement, violences sexuelles...*), mais également d'établir de nombreuses recommandations destinées aux pouvoirs publics ainsi qu'aux professionnel·les de santé (273). Il est à noter que le HCE ne définit pas tous

⁷⁵ Ceci a fait scandale en 2015 à la suite de la publication d'un article par *Metronews* révélant le contenu d'un document de la faculté de médecine de Lyon, selon lequel des touchers vaginaux seraient pratiqués à titre de formation par les étudiant-es en stage de gynécologie-obstétrique sur des patientes endormies, sans leur consentement préalable.

⁷⁶ Il s'agit de la révélation publique de harcèlements et d'agressions sexuelles commises par Harvey Weinstein, personnalité influente de l'industrie du cinéma américain.

ces actes sexistes comme étant des « violences » ; la définition de celles-ci se limiteraient selon cette instance aux violences sexuelles à type de harcèlement sexuel, agression sexuelle ou viol.

Au contraire, les participant-es de notre étude assimilent bien tous ces « actes sexistes » à des « violences médicales », confirmant l'urgence de considérer **le vécu subjectif des patient-es** dans notre réflexion à ce sujet : **Comment vivent-iels leurs recours aux soins ? Quel est pour iels le sens de la « violence » dans la relation de soin ?**

Par ailleurs, iels ont élargi l'étendue de ces violences, démontrant que celles-ci n'impliquent pas uniquement les soins gynéco-obstétricaux, mais **peuvent se retrouver dans toute relation de soin** : perpétuation des rôles de genre et des tabous sociétaux, communication non bienveillante, hégémonie médicale, perte d'autonomie, non-respect de la pudeur ou du consentement, non prise en compte de leur parole, etc...

Nos résultats corroborent ceux de l'enquête quantitative intitulée « *A Notre Santé* », portée par l'association « *Osez Le Féminisme* » en 2018, ayant questionné plus de 2000 femmes sur leur vécu de leur prise en charge médicale en général : « *Ne pas être crue* », « *subir des reproches* » (*poids, maternité, vie sexuelle, etc.*), « *être culpabilisée* », « *malaise lors d'examens médicaux* », « *geste ou parole inappropriés* » ressortaient en effet de cette enquête (312).

De même que les participant-es, nous sommes d'avis qu'aucun de ces actes ou paroles ne peut être qualifié de bénin, puisqu'ils alimentent, chacun à leurs niveaux, la « **pyramide des violences** » vécu-es par les patient-es femmes⁷⁷.

La notion de respect du consentement semble toutefois représenter la **pièce angulaire d'une relation de soin de confiance** pour les jeunes participant-es de notre étude (<45 ans), fortement sensibilisé-es à cette notion via les divers mouvements sociaux récents cités précédemment.

⁷⁷ Voir Figure 1 page 157.

L'examen gynécologique, se référant à des parties du corps généralement perçu-es comme « intimes » par les participant-es (palpation des seins, pénétration du vagin à l'aide de doigt, d'un speculum ou d'un outil de soin...), **l'importance du respect de leur consentement** y est exacerbée. Bien que ces actes « techniques » ne possèdent aucune connotation sexuelle pour les soignant-es qui les réalisent à titre préventif, diagnostique ou thérapeutique ; leur vécu peut être réellement « **traumatique** » pour les soigné-es, tout particulièrement si leur consentement n'a pas été demandé en amont.

Le Code Pénal (article 222-23) nous rappelle d'ailleurs que cela se rapporte à la définition du « viol » :

« Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. ».

Le Code de la Santé Publique (article L 1111-4) porte lui aussi une attention particulière au respect du consentement dans les soins :

« 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. [...] Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité. ».

Bien que cette notion soit largement encadrée par les textes de lois, elle ne semble pas toujours respectée dans la pratique quotidienne de soin, comme en ont témoigné nos participant-es. Une enquête quantitative française, ayant notamment demandé aux interrogé-es si leur consentement était recherché par les soignant-es avant un acte gynécologique, corroborent nos résultats : 43% ont répondu que non et 20% « *parfois* » (77). Pourtant, les participant-es de notre étude ont rappelé **l'importance de considérer leur consentement** à toute étape de leur parcours de soin, y compris en dehors de l'examen gynécologique ; **l'acte même de « toucher » le corps n'étant pas anodin**, d'autant plus s'il existe un antécédent de violences sexuelles : « *Ce n'est pas anodin de toucher une femme qui était traumatisée sexuellement* » (E5).

2- Des obstacles persistants au sein même de la profession

Malgré la libération croissante de la parole sur les violences au sein de la « jeune » génération, les participant-es éprouvent des difficultés à signaler leur mécontentement aux soignant-es. En plus du lien hiérarchique de la relation de soin dont nous expliquions les conséquences précédemment, iels ont évoqué leurs difficultés à s'exprimer en lien avec leur socialisation « féminine » leur ayant appris à **éviter le conflit, être consensuelle, à « se taire »**. D'autre part, elles rapportent des obstacles à faire valoir leurs droits provenant du corps soignant.

Tout d'abord, le discours des interrogé-es a mis en lumière « **l'entre-soi** » masculin régnant encore aujourd'hui dans le milieu de soin, malgré une **féminisation grandissante de la profession**.

Selon iels, le milieu médical, historiquement exclusivement masculin, n'a cessé de perpétuer des normes patriarcales et des valeurs prônant la « **culture du viol** »⁷⁸ au sein de la profession et de la relation de soins.

En effet, outre les expériences de soins déjà citées précédemment, plusieurs des participant-es ont témoigné de propos entendu-es au sein de leur parcours professionnel provenant de soignants hommes : « *Ah cette patiente, elle est bonne ! Elle avait une petite culotte super mignonne !* » (E17).

Ces comportements sexistes émanant des soignants semblent parfois également tournés vers leurs propres pair-es, comme l'ont démontré les divers témoignages publiés sur les réseaux sociaux *via* le hashtag *#PayeTaBlouse*, mais également les multiples travaux récents ayant étudié le sexisme vécu-es par les étudiant-es femmes dans leurs études médicales (134, 313, 314).

Selon les participant-es de notre étude, les normes patriarcales instaurées dans la culture carabine⁷⁹ sont parfois intériorisées et reproduites par les soignantes femmes elles-mêmes. Nos résultats concordent avec ceux des travaux des chercheuses Rinaldo et Salloum (134), pour qui, cette intériorisation serait liée, d'une part, aux difficultés d'identification des violences (les reconnaître et les nommer), d'autre part, à celle d'en

⁷⁸ Voir définition page 130.

⁷⁹ L'adjectif « carabin » se réfère à la dimension corporatiste, folklorique et traditionnelle des études de médecine. (357)

parler, étant donné la culture médicale favorisant l'omerta. Elles rappellent en effet comment la formation et la socialisation professionnelles des futur-es médecins favorisent la « *compétition* » et le « *culte de la performance* », ne laissant d'autre choix aux étudiant-es femmes que de se résigner et accepter ces violences dans l'espoir de s'intégrer au sein d'une profession historiquement masculine.

Par ailleurs, nos participant-es ont abordé la notion de « **cadre thérapeutique** » entourant la consultation de **soin** : « *Je sais très bien que euh... c'est des professionnels de santé, si tu te déshabilles pas, ben ils vont pas pouvoir t'ausculter, donc au bout d'un moment, il faut prendre sur soi, et le faire.* » (E13).

Cependant, cette notion peut parfois **légitimer à tort le comportement de certain-es soignant-es** (nonchalance, absence de demande de consentement, non-respect de la pudeur, etc), tout acte de soin étant alors considéré comme réalisé pour le « bien » des patientes. Ces comportements ont effectivement été parfois justifiés par la « nécessité de soin » par les participant-es, qui après avoir exposé une attitude vécue comme « violente » de certain-es médecins rencontrés, se sont empressés-es de rajouter que ceux-celles-ci étaient toutefois très « compétents ».

L'idée de la « **compétence** » des **médecins** se baseraient donc essentiellement sur leur **connaissances théoriques et techniques, omettant l'importance des qualités relationnelles**. Par ailleurs, sous couvert de ces connaissances et de leur « *si longues études, si DURES* » (E15) pour les acquérir, il semblerait que la pratique des médecins soit difficilement critiquable. La remise en cause s'assimilerait presque, selon certain-es, à du « blasphème » : « *On dit pas à un médecin qu'il est mauvais* » (E6).

Enfin l'**intégration de la « culture du viol »** par les médecins se reflète également dans leur **prise en charge parfois insuffisante des violences faites aux femmes**.

Les participant-es concerné-es ont en effet déclaré avoir été majoritairement confronté-es à une **négation ou une invisibilisation de leur violences vécu-es**. Pis, iels se sont parfois vu proposer comme unique solution

« d'encaisser et se taire » ou bien d'y faire face en « allant au combat », ce qui témoigne encore une fois de l'omniprésence des **valeurs « virilistes »**⁸⁰, **parfois toxiques**, dans l'inconscient collectif.

Le travail de Laurence Guyard, rapportant des propos d'un gynécologue entendus lors d'un congrès de gynécologie en 2004, met par ailleurs en lumière le **phénomène de culpabilisation des victimes de violences** :

« Je ne voudrais pas dire mais en s'habillant de cette façon, les adolescentes se proposent sexuellement. Ce n'est donc pas étonnant qu'elles rencontrent des ennuis. Moi, en tant que gynécologue, je considère que je me dois de leur dire de faire attention à ce qu'elles font. » (315).

Pour finir, bien que les participant-es soient **conscient-es des difficultés actuelles des professionnel·les de santé dans leur exercice** (encouragement à la rentabilité au sein de la pratique hospitalière, déserts médicaux...) : *« l'impression d'être à la chaîne, euh qu'on nous regarde pas, qu'on fait les gestes un peu vite. (E5) ; cela ne peut justifier selon iels la pratique individuelle des soignant-es et les violences dont certain-es peuvent faire preuve : « Je sais que toi, tu dois aller vite, que t'as beaucoup de patients à voir, mais enfin... j'ai quand même mal à mon articulation, en fait, donc si tu pouvais juste considérer ça comme une extension d'un être humain, ce serait bien! »* (E8).

Quand **certain· se résignent et acceptent** ce qu'iels décrivent comme des violences médicales, d'autres choisissent de **se détourner de la médecine « allopathique »** et préfèrent consulter des thérapeutes « alternatif-ves » qu'iels jugent plus humain-es et bienveillant-es (kinésologue, ostéopathe, ...). Enfin, certain-es en viennent à **renoncer aux soins**, plus particulièrement dans le domaine de la gynécologie, spécialité médicale, qui, touchant à leur intimité, les met dans une plus grande situation de vulnérabilité.

⁸⁰ Ces valeurs « virilistes » font ici référence au concept de « masculinité toxique » utilisé dans les études de genre et de psychologie. Ce concept se rapporte aux normes comportementales « masculines » traditionnelles, qui peuvent avoir un impact négatif sur les individus, y compris sur les hommes eux-mêmes : restrictions de certaines émotions (tristesse, peur...) au profit d'autres émotions (colère, agressivité), pression sociale à la performance, la compétition, la domination, etc.

Toutefois, plusieurs des participant-es semblent avoir enfin trouvé des soignant-es, majoritairement féminines, en qui iels ont confiance. Celles-ci, remplissant les **critères déontologiques recherchés**, sont alors qualifié-es de « **safe** », traduisible en français par « sûres » : communication bienveillante et respectueuse, écoute empathique, respect de leur pudeur et recueil préalable du consentement lors des soins, informations adéquates permettant une décision partagée.

Cette « norme » restant, selon iels, encore une **exception dans le milieu de soin**, iels déclarent, avant de consulter un nouveau ou une nouvelle soignant-e, se référer de plus en plus aux **avis de leurs proches féminines** ou consulter des **listes répertoriant des soignant-es perçu-es comme « sûr-es »**⁸¹. L'existence de ces listes en dit long sur l'appréhension et la méfiance des patient-es dans leurs recours au système de soin.

Enfin, concernant leur suivi gynécologique, iels sont nombreux-ses à ne se tourner plus que vers des cabinets de sages-femmes, affirmant y retrouver plus facilement ces critères déontologiques, ce qui soulève un **questionnement concernant l'éthique et la formation délivrée dans l'enseignement** de nos deux professions.

3- Réappropriation de son corps et des savoirs associés : un bouclier face à la violence

Certain-es des participant-es semblent avoir développé des **stratégies de défense** vis-à-vis des différentes formes de violences, en s'entourant par exemple d'une communauté « féminine » où règne une **sororité**⁸² importante, mais également en développant des **connaissances et compétences propres** leur permettant de se réapproprier leurs corps et les savoirs qui y sont associés.

⁸¹ Comme sur le site GynAndCo, par exemple.

⁸² Voir définition page 109.

Cette réappropriation semble passer, d'une part, par **l'acceptation progressive de leurs corps au « naturel »** (accepter sa pilosité naturelle ou ses « kilos en trop, » ne plus se teindre les cheveux blancs...), encouragée par l'émergence récente du **mouvement de « Body-positive »**⁸³ ; d'autre part par une **démédicalisation progressive de leurs appareils génitaux et reproductifs**, notamment en adoptant une **contraception non hormonale** dans le but de réapprendre à connaître leur cycles naturels, ou encore en faisant le **choix d'accoucher d'une façon moins médicalisée**. A l'argument des risques de grossesses non désirées ou de complications liées à l'accouchement, les participant-es répondent s'être bien informé-es et avoir fait leur choix en étant conscient-es des bénéfiques mais également des risques de chaque méthode.

Par ailleurs, il s'agit pour iels de **reconquérir les savoirs concernant leur corps de femmes**, en particulier concernant leur anatomie et physiologie féminine longtemps « maltraitées » par la société patriarcale et ses violences sexistes et sexuelles.

Dans cette quête de connaissances et compétences, iels semblent se tourner essentiellement vers des supports et des collectifs engagés dans la lutte féministe. Dans le prolongement du mouvement américain « *Our Bodies, Ourselves* »⁸⁴ des années 1970, on assiste ces dernières années à une recrudescence de publications et de collectifs « féministes » autour de la santé sexuelle et reproductive, visant à permettre aux femmes de comprendre le fonctionnement de leurs corps et de leur sexualité : réadaptation et réactualisation française du livre « *Our Bodies, Ourselves* » sous l'intitulé « *Notre corps, nous-mêmes* »⁸⁵,

⁸³ Le body positive, traduisible en français par « relation positive au corps » est un « *mouvement social en faveur de l'acceptation et l'appréciation de tous les types de corps humains. Il encourage la diversité et l'estime de soi en soutenant que la beauté est une construction sociale qui dépend des cultures, et défie les stéréotypes et définitions normatives partagés par les médias* » (358).

⁸⁴ Ce mouvement tient son nom de l'ouvrage « *Our Bodies, Ourselves* » publié en 1971 par l'organisation « *The Boston Women's Health Book Collective* ». Celui-ci visait à redonner aux femmes l'accès aux connaissances sur leur corps et leur sexualité, en abordant de nombreux aspects de la santé féminine : maladies sexuelles, orientation sexuelle, identité genrée, contrôle des naissances, avortement, maternité, violence, maltraitance et ménopause.

⁸⁵ Ceci fait référence à l'ouvrage : Blézat M, Desquesnes N, El Kotni M, et al. *Notre corps, nous-mêmes*. Manuel Féministe. Marseille : Éd. Hors d'atteintes. 2020.

vulgarisation de l'anatomie du clitoris, atelier de « *self-help* »⁸⁶ gynécologique... Comme le démontre un travail récent s'étant intéressé à la participation de nombreux·ses femmes à ces groupes d'auto-gynécologie, les **savoirs partagés** au cours de ces séminaires sont **vecteurs d'autonomie et d'Empowerment**⁸⁷ pour les participant·es (316). Plus que d'augmenter leur sentiment de confiance lors des examens médicaux, notamment gynécologiques, ces compétences acquises leur confèrent de nombreuses ressources leur permettant de remettre en question la conception hégémonique du savoir médical.

Ainsi, acquérir des connaissances sur leur corps, mais aussi sur leurs droits au sein de la relation de soin (317), permet aux soigné·es de développer un véritable **pouvoir de réponse contre les violences sexistes et médicales**. En effet, ces connaissances augmentant leur aptitude à décider pour iels-mêmes, iels redeviennent pleinement **acteur·rices de leur parcours de soins**.

Dans ce cheminement, les participant·es espèrent **une évolution du cadre de la relation de soin** et portent tout particulièrement leurs **espoirs dans la « nouvelle » génération de professionnel·les de santé** : « *Y'a une nouvelle génération de médecin aussi, alors c'est, soit tout, soit rien !* » (E11).

⁸⁶ Le « *self-help* » gynécologique (ou « auto-gynécologie » en français) se conçoit comme l'auto-exploration de son anatomie féminine, par exemple à l'aide d'un speculum et d'un miroir (pour observer le col de l'utérus) et l'apprentissage de certains gestes réservés jusque-là à la pratique médicale (frottis cervico-utérin auto-réalisé par exemple).

⁸⁷ Voir définition page 118.

OUVERTURES ET PERSPECTIVES

- **Une réflexion à poursuivre par des travaux complémentaires**

Nos résultats ne sauraient être généralisés à l'ensemble des usagè·es de soins, un travail qualitatif n'aspirant pas à être représentatif de la population générale. Les participant·es à notre étude étaient en majorité âgé·es de moins de 45 ans, avaient un niveau d'étude élevé, ainsi qu'une conscience féministe manifeste. Ainsi, il serait intéressant d'élargir l'étude de l'impact des stéréotypes genrés dans les soins à des usagè·es d'âges et de milieux sociaux variés.

Par ailleurs, il semble indispensable d'aborder, de la même manière, les questions de l'influence du genre dans les soins au travers des stéréotypes sur la « masculinité ». Un travail de thèse de Médecine Générale, en cours à l'Université de Strasbourg, s'attache à étudier l'impact des constructions sociales de la masculinité sur le rapport à la consommation de soins des hommes. Il semble nécessaire d'explorer également leur vécu lors de leur recours aux soins, ainsi que leurs perceptions et leurs besoins concernant les thématiques traditionnellement associées aux femmes (contraception, parentalité...).

Enfin, il serait intéressant de questionner l'acceptation des soignant·es au sujet de l'abord de la thématique de la sexualité avec leurs patient·es, notamment dans la période de l'adolescence ; mais également concernant l'adoption d'une posture ouverte lors de la présentation et de la prescription de la contraception (présentation de l'ensemble des possibilités contraceptives y compris les méthodes masculines et les méthodes dites « naturelles », abord de la thématique de la contraception avec les patients masculins...).

- **Un besoin de formation des étudiant·es, mais également de leurs enseignant·es et encadrant·es**

« En tant que femme, on se parle entre nous des rendez-vous médicaux qu'on a pu avoir. [...] Y'a une défiance de groupe... Qu'on a pas cherché à mettre en place, nous ! Et... C'est compliqué, parce que c'est tellement mis en place, que comment est-ce que ça se casse ? » (E8).

« Pour moi c'est important qu'il ait connaissance de tout ce qui est lié aussi aux injonctions de genre, notamment sur les femmes et autres, pour pouvoir aussi interagir correctement avec moi, parce que sans ça... sans ça forcément on reproduit aussi des violences, euh, des micro-violences qu'on a intégré comme étant normales mais qui ne le sont pas ! » [En parlant des soignant-es] (E2).

La sensibilisation des étudiant-es, mais également de leurs enseignant-es et encadrant-es, aux questions de genre, est indispensable si nous voulons offrir à nos soigné-es un cadre sécurisant et de confiance lors de leurs recours au système de soin. Nous rappelons par ailleurs la nécessité d'aborder ces réflexions sous l'angle de l'intersectionnalité⁸⁸, afin d'approcher au mieux la complexité et l'individualité des expériences de soins vécues par nos patient-es.

Enfin, il semble essentiel de tendre vers un enseignement transdisciplinaire et d'enrichir la formation des étudiant-es par des enseignements de Sciences Humaines et Sociales, afin de restaurer du « *care* » dans notre pratique de « *cure* »⁸⁹.

Des travaux complémentaires sont indispensables pour définir le contenu de ces formations, mais nous pouvons d'ores et déjà proposer quelques pistes à la suite des résultats de notre étude :

- Aborder les mécanismes de domination au sein de la société, notamment ceux liés au genre, dans le but d'apprendre à les reconnaître et d'interroger ses propres stéréotypes.
- Questionner les choix faits dans la recherche scientifique, l'enseignement, ainsi que dans notre pratique quotidienne de soin, afin d'explorer leurs conséquences en termes d'invisibilisation des patient-es dans certain-es problématiques de santé (quel que soit leur genre) ; mais également leurs rôles dans la perpétuation des stéréotypes et des tabous genrés.

⁸⁸ Voir définition page 150.

⁸⁹ En français, la notion de « *cure* » renvoie essentiellement aux soins à visée curative, tandis que le « *care* » sous-entend au contraire le « prendre soin » et appuie l'importance de la qualité de la relation de soin.

Questionner par conséquent l'objectivité et la neutralité de la pratique du soin, ainsi que le caractère normatif du discours médical.

- Sensibiliser les (futur-es) soignant-es au respect des règles déontologiques de notre profession en insistant notamment sur le respect du consentement, le respect de la pudeur physique et psychologique, ainsi que sur la nécessité de fournir une information complète à nos patient-es permettant une réelle décision de soin partagée. Aborder la notion genrée du « toucher » dans les soins.
- Intégrer les savoirs expérientiels des patient-es et leurs témoignages à la formation des étudiant-es (« patient-enseignant » ...).
- Questionner la « toute-puissance » médicale et l'héritage carabin dans ce qu'il a de sexiste et de violent (compétition, élévation par la souffrance, devoir « *encaisser et se blinder* » ...).

Ces notions pourraient être abordées dans un premier temps avec les internes de médecine générale au cours des séances de « tutorat » du département de Médecine Générale. Toutefois, il nous semble que cet enseignement devrait être généralisé et délivré aux étudiant-es dès leur formation initiale, puis se poursuivre de manière régulière tout au long de leur parcours professionnel.

Différents formats d'enseignement pourraient être proposés : ateliers répétés en petit groupes, formations complémentaires, Diplôme Universitaire... La répétition sera essentielle (un minimum de 35 heures semble indispensable⁹⁰), ainsi que l'étalement des séances dans le temps ; la réflexion autour des thématiques de genre pouvant entraîner un questionnement, voire un bouleversement des points de repères ou de l'identité de l'étudiant-e.

⁹⁰ Ce minimum de 35h de formation a été discuté lors de la conférence organisée par le HAS en juin 2021, intitulée « *Sexe, Genre et Santé* » (193).

CONCLUSION

Notre système de santé promeut l'égalité des soins pour tous les individus quel que soit leur genre. Cependant, les constructions socioculturelles stéréotypées des rôles et comportements attribués aux femmes ont un impact certain sur leur santé et leur parcours de soins. En effet, comme dans toute interaction sociale, le système patriarcal de notre société et les violences sexistes qui en découlent s'immiscent dans la relation de soins, au détriment des patient·es perçu·es comme femme.

L'objectif de cette étude était de décrire les violences médicales liées aux stéréotypes de genre vécues par les patient·es perçu·es comme femme dans leur parcours de soins.

L'analyse phénoménologique des 20 entretiens réalisés nous a permis de modéliser ces violences sous forme d'une « pyramide », allant de la banalisation du sexisme aux violences explicites imprégnées de la culture du viol, en passant par les propos porteurs de jugements négatifs, la discrimination sexiste dans la recherche scientifique et le soin, mais également par la réification des patient·es et leur privation d'autonomie. Le haut de la pyramide étant nourri par sa base, tous ces actes et comportements émanant des professionnel·les de santé, de façon consciente ou inconsciente, permettent au système patriarcal et à ses violences de perdurer dans le domaine du soin.

Au cours des entretiens, les interrogé·es ont pu décrire le sentiment d'être dépossédé·es de leurs identités, de leurs corps et des décisions les concernant, que ce soit lorsqu'ils sont confronté·es aux injonctions sociétales associées à la « féminité » et aux violences sexistes perpétuées par certain·es soignant·es ; mais aussi au contrôle normatif exercé par la médecine sur leur santé notamment dans le domaine de la reproduction. Ce dernier, parfois vécu comme une surmédicalisation, semblerait définir leurs corps « féminins » comme « pathologiques » et « non fiables », entraînant avec lui une déresponsabilisation croissante des soigné·es vis-à-vis de leur santé, leur suggérant de s'en remettre simplement aux connaissances et compétences des médecins.

Au contraire, les interrogé-es aspirent, dans un processus d'*empowerment*, à se réapproprier leur corps et les savoirs qui lui sont associés.

Iels peuvent cependant se heurter à une figure de soignant-e « tout-puissant-e », ainsi qu'à un « entre-soi masculin » très présent au sein de la profession, majorant leurs difficultés à revendiquer leurs droits ; d'autant plus dans la situation de vulnérabilité que représente la nécessité de soins.

Il en découle une véritable défiance de groupe envers le corps soignant, non sans conséquences sur le recours aux soins des soigné-es. Leurs stratégies de défense pour y faire face sont multiples : de la résignation et l'acceptation, au renoncement de soins, en passant par l'évitement des soignants masculins et l'émergence d'une sororité entre soigné-es. De plus en plus privilégient alors les soignant-es femmes, avec qui iels semblent partager cette sororité et se sentir plus en sécurité. Leurs choix de soignant-es semblent par ailleurs se faire sur des critères déontologiques : communication bienveillante et respectueuse, écoute empathique, respect de leur pudeur et recueil préalable du consentement lors des soins, informations adéquates et décision partagée.

Ainsi, bien qu'il soit enseigné aux étudiant-es, l'idéal de neutralité n'existe pas dans l'exercice de la médecine. De nombreuses constructions sociales genrées influencent la pratique de soin des soignant-es et leurs attitudes vis-à-vis des patient-es perçues comme femme. Il en va de leur responsabilité d'en prendre conscience et de s'interroger sur leurs propres a priori et comportements stéréotypés, sans quoi les violences sexistes et les violences en général dans le domaine du soin ne cesseront de perdurer.

Les interrogé-es portent particulièrement leurs espoirs sur la « nouvelle » génération de professionnel·les de santé, qui, iels l'espèrent, permettront une évolution bénéfique de la relation de soin. Par ailleurs, iels semblent se tourner d'une façon croissante vers les sages-femmes quand il s'agit de leur suivi gynéco-obstétrical déclarant y trouver une plus grande bienveillance, ce qui soulève un questionnement concernant l'éthique et la formation délivrée dans l'enseignement de nos deux professions.

Face à ce constat, il semble indispensable de sensibiliser étudiant-es en santé et encadrant-es à l'impact des stéréotypes de genre dans leurs pratiques et de repenser la relation de soin à l'aide d'une approche bienveillante, intersectionnelle et participative, afin d'offrir aux soigné-es un cadre sécurisant et de confiance lors de leurs recours au système de santé.

VU
Strasbourg le, 22.10.2021
Le président du jury de thèse

Professeur Philippe DERUELLE



VU et approuvé
Strasbourg, le 27 OCT. 2021
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maieutique et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILLA



ANNEXES

Annexe 1 – Grille d’analyse méthodique selon les lignes directrices COREQ

Grille d'analyse méthodique selon les lignes directrices COREQ			
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles :			
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	<i>PACE Angéline</i>
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	<i>DES en médecine générale</i>
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	<i>Médecin généraliste remplaçante</i>
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	<i>Une femme</i>
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	<i>Première expérience en étude qualitative</i>
Relations avec les participants :			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	<i>Oui pour les 2 entretiens test. Non pour les suivants.</i>
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet de chercheur	<i>Présentation de l'enquêteur au début de l'entretien : nom, prénom, profession, recherche dans le cadre d'une thèse de médecine générale</i>
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	<i>Absence de conflit d'intérêt</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique :			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude	<i>Analyse de contenu thématique par théorisation ancrée</i>
Sélection des participants :			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	<i>Échantillonnage raisonné</i>
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	<i>Par courriel et/ou par téléphone</i>
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude	<i>20 participants</i>
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	<i>Aucune (recrutement par participation volontaire)</i>
Contexte :			
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	<i>Au domicile des participants ou du chercheur, en visioconférence</i>

15	Présence de non-participants	Y-avait-t 'il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	<i>Non</i>
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	<i>Elles sont présentées dans le tableau "Caractéristiques de la population" dans le chapitre "Résultats"</i>
Recueil des données :			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages, étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	<i>Guide d'entretien en annexe, testé lors des 2 premiers entretiens test.</i>
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	<i>Non. Un seul entretien par participant.</i>
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	<i>Enregistrement audio par dictaphone avec accord des participants</i>
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	<i>Prise de notes après certains des entretiens.</i>
21	Durée	Combien de temps ont-duré les entretiens individuels ?	<i>Entre 24 et 91 minutes. Durée moyenne de 60 minutes.</i>
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	<i>Seuil de saturation atteint au 17ème entretien. 3 entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmation.</i>
23	Retour de retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	<i>Non</i>
Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données :			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codées les données ?	<i>L'enquêtrice et les directeurs de thèses</i>
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fournis une description de l'arbre de codage	<i>Oui</i>
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	<i>Une partie des thèmes ont été déterminés à l'avance pour l'élaboration de la grille d'entretien. Le reste a été déterminé à partir des données.</i>
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	<i>Logiciel de traitement de texte</i>
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	<i>Non</i>
Rédaction :			
29	Citations présentées	Des citations des participants ont-elles été utilisées pour illustrer les	<i>Oui, présentation des verbatims</i>

		thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	<i>Oui</i>
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	<i>Oui</i>
32	Clarté des thèmes secondaires	Y-a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion de thèmes secondaires ?	<i>Oui</i>

GRILLE D’ENTRETIEN

Relance (si besoin, à adapter selon l’entretien)	Points de focalisation / But
1/ Tout d’abord, je vous laisse vous présenter un peu.	
<p>*Sexe attribué à la naissance, genre (identification personnelle / identification par les autres)</p> <p>*Âge</p> <p>*Origine culturelle</p> <p>*Lieu d’habitation actuel : rural, semi-rural ou urbain ?</p> <p>*Niveau d’étude / Profession</p> <p>*Situation familiale (en couple ? enfants ?)</p>	<p><i>*Quelles sont les caractéristiques de la population étudiée ?</i></p> <p><i>*Analyse du discours des différentes personnes interrogées en fonction de leur contexte de vie personnel (situation familiale, socio-économique, lieu d’habitat, ...).</i></p> <p><i>*Prise en compte lors de l’analyse des autres facteurs pouvant être sujet à stéréotype lors de leur prise en charge médicale (contexte socio-économique, origine culturelle...)</i></p>
2/ Racontez-moi comment s’est passé la dernière fois où vous avez consulté un médecin.	
<p>*Êtes-vous suivi-e par d’autres médecins ?</p> <p>*Comment se passe votre suivi médical en général ? Faire préciser.</p>	<p><i>*Questions d’ouverture, mise en confiance</i></p> <p><i>*A quels médecins a recours l’interrogé-e (médecin généraliste, spécialistes, etc) ?</i></p> <p><i>*Quel est le contexte médical de l’interrogé-e (suivi chronique de pathologies, etc) ?</i></p> <p><i>*Quel est le ressenti général de l’interrogé-e concernant son suivi médical ?</i></p>
3/ Et comment se passe le suivi médical de vos proches (enfants, conjoint-e, parents âgés...) ?	
<p>*Prenez-vous part à leur suivi médical ? Si oui, comment ?</p> <p>*Êtes-vous seul-e à vous occuper de la santé de ce/ces proches, ou aidé-e par quelqu’un (genre de l’aidant) ?</p> <p>*Comment vivez-vous cette situation ?</p> <p>*Selon vous, quelles conséquences cela a-t-il sur votre propre santé physique/psychique ?</p>	<p><i>*Explorer la notion de « care » et sa place dans le quotidien de l’interrogé-e.</i></p> <p><i>*Différences femme/homme dans le soin des proches de l’interrogé-e?</i></p> <p><i>*Quelles conséquences (positives ou négatives) sur sa propre santé ?</i></p>
4/ Vous travaillez/étudiez, vous vous occupez des enfants/parents âgés, j’imagine que vous avez aussi du travail à la maison, comment ça se passe ? (A adapter selon l’interrogé-e)	
<p>*Comment le vivez-vous ? Êtes-vous aidé-e par quelqu’un ?</p> <p>*Selon vous, quelles conséquences cela a-t-il sur votre santé physique/psychique ?</p> <p>*Comment intégrer vous la prise en charge de votre santé dans votre vie de tous les jours ?</p>	<p><i>*Explorer la notion de « charge mentale » et sa place dans le quotidien de l’interrogé-e</i></p> <p><i>*Différence femme/homme à ce sujet au sein du foyer de l’interrogé-e ?</i></p> <p><i>*Quelles conséquences sur le plan de la santé de l’interrogé-e ?</i></p> <p><i>*Comment l’interrogé-e intègre-t-iel la prise en charge de sa santé dans son quotidien ?</i></p>

5/ Revenons à votre suivi médical. Pouvez-vous me raconter une ou des situations, où vous ne vous êtes pas senti-e pris-e en charge comme vous l'auriez souhaité par un médecin ?	
*Pour quelles raisons ? *Faire préciser la spécialité/genre/âge du médecin.	*Quelles sont les situations et pourquoi ont-elles été vécues comme ça ? <i>Hypothèses</i> : Sentiment de pas être respecté-e dans ses choix concernant sa santé et sa prise en charge ? Malaise lors d'une consultation ? Sentiment de ne pas être pris-e au sérieux /minimisation des symptômes par le soignant ? Autre ? *Explorer quels sont les médecins concernés par ce vécu.
6/ Etes-vous déjà sorti-e d'une consultation médicale en vous disant que vous n'avez pas tout dit ce que vous vouliez dire, que vous n'avez pas osé poser certaines questions, ou autre ?	
*Pour quelles raisons? *De quel sujet s'agissait-il ?	*Explorer si l'interrogé-e adapte son discours ou son comportement face à un médecin et pour quelles raisons ? <i>Hypothèses</i> : Peur d'aborder certains sujets ? Peur de ne pas être pris-e au sérieux concernant ses plaintes ? autre ?
7/ A votre avis, ça joue quel rôle d'être une femme quand vous consultez un médecin ?	
*Pensez-vous que les femmes et les hommes sont traités différemment par les médecins lors d'une consultation ? Dans quelles mesures ? *Selon vous, dans quelles mesures cela a-t-il pu jouer un rôle dans les situations dont vous venez de me parler ? *Selon vous, qu'est-ce que le fait d'être une femme implique pour votre santé en général ?	*L'interrogé-e pense-t-iel que le fait d'être une femme a une influence sur la prise en charge qu'elle reçoit du corps médical ? Influence positive ? Négative ? *L'interrogé-e pense-t-iel que le fait d'être une femme joue un rôle dans sa santé en général ? Aspect positif ? négatif ?
8/ Comment ça se passe quand vous devez montrer votre corps à un médecin ?	
*Quelles sont les situations où vous pouvez vous sentir mal à l'aise à montrer votre corps quand vous consultez un médecin ? *D'une manière générale, comment vous sentez-vous dans votre corps ? Quelle image avez-vous de vous ? *A votre avis, quel rôle jouent les critères de beauté attribués aux femmes dans notre société dans tout ça (minceur, jeunesse, épilation, etc) ?	*Comment se positionne l'interrogé-e par rapports aux critères de beauté « féminin » de la société ? *Comment cela impacte-t-il son rapport à son corps, à sa santé, son ressenti lors des consultations médicales ?
9/ Pour ce qui est de l'ordre de la santé spécifique aux femmes, donc tout ce qui se rapporte à la « gynécologie », comment se passe votre suivi ?	
* Avez- vous déjà consulté pour une contraception ? Si oui, comment s'est passé la consultation ? *Comment avez-vous fait le choix de votre contraception et pourquoi avoir choisi celle-ci plutôt qu'une autre ? *Quel est votre ressenti général par rapport à votre contraception (<i>fardeau</i> , liberté, etc) ?	*L'interrogé-e se sent-t-iel respecté-e par les médecins dans ses choix sur ces différents sujets ? *Explorer le vécu des stéréotypes liés à la « maternité », la contraception, la sexualité féminine, etc.

<p>A adapter selon l'interrogé-e :</p> <p>* Comment avez-vous vécu votre grossesse/ accouchement/avortement ?</p> <p>*Dans quelles mesures votre conjoint-e a-t-iel été impliqué-e par les soignants ?</p> <p>*Comment vivez-vous votre maternité / le fait de ne pas avoir d'enfant ?</p> <p>*Comment cela s'est-il passé/ cela se passe-t-il avec le milieu médical concernant ces sujets ?</p>	<p><i>*Explorer le vécu de la ménopause et de sa prise en charge par le corps médical.</i></p>
<p>* Vous avez déjà parlé de sexualité avec votre médecin ?</p> <p>*Si non pourquoi ? Si oui, quels sujets abordés ?</p> <p>*Que représente la sexualité pour vous ? Quelle idée en avez-vous ?</p>	
<p>*Comment vivez-vous votre ménopause ?</p> <p>*Quel est votre ressenti concernant la prise en charge médicale des problèmes de santé spécifiques à la ménopause?</p>	
<p>10/ Comment cela se passe-t-il avec les médecins quand vous abordez d'autres aspects de votre vie non-médicaux ?</p>	
<p>*Quels sujets abordés ?</p> <p>*Quelles difficultés rencontrées ? Pour quelles raisons ?</p>	<p><i>*Explorer les éventuelles difficultés pour parler de certains sujets avec son médecin (problèmes familiaux/couple, violences, etc.)</i></p>
<p>10/ Quelles sont les situations pour lesquelles vous avez déjà ou vous pourriez renoncer à consulter un médecin alors que cela serait nécessaire pour votre santé ?</p>	
<p>*Pour quelles raisons ?</p>	<p><i>*Explorer les difficultés/obstacles au recours aux soins de l'interrogé-e</i></p> <p><u>Hypothèses</u> : craintes ? manque de temps ? autre ?</p>
<p>11/ Pour finir, j'aimerais que vous me racontiez une ou des situations, où cela s'est bien passé avec un médecin, où vous avez été satisfaite de la consultation ?</p>	
<p>* Pour quelles raisons êtes-vous/étiez-vous satisfait-e de cette prise en charge ?</p> <p>*Quelles seraient vos besoins, en tant que patient-e pour vous sentir bien pris-e en charge et en confiance avec un médecin ?</p> <p>*Sur quels critères choisissez-vous les médecins que vous consultez ?</p>	<p><i>*Explorer les différents critères de choix d'un médecin de l'interrogée</i></p> <p><u>Hypothèses</u> : sexe du médecin ? âge ? disponibilités ? prix ? bienveillance ? autre ?</p> <p><i>*Explorer les besoins des interrogé-e-s concernant leur prise en charge médicale.</i></p>
<p>12/ Souhaitez-vous rajouter quelque-chose ?</p>	

CONTACTS UTILES

Si à l'issue de l'entretien, vous ressentez le besoin d'approfondir certains sujets d'ordre général ou vous concernant, vous pouvez vous adresser à Mme PACE Angéline ou aux Responsables Scientifiques de la recherche :

- **Mme PACE Angéline** : angelina.pace@etu.unistra.fr ou au 06 11 53 90 71
- **Dr FRAIH Elise** : fraih@unistra.fr ou au 03 88 38 79 15
- **Dr SCHMITT Yannick** : yannick.schmitt@unistra.fr ou au 03 88 27 34 54

Par ailleurs, diverses associations sont susceptibles de vous aider et répondre à vos questions :

- **La Station Centre LGBTI Strasbourg Alsace** :
7 rue des Ecrivains, 67000 Strasbourg
09 50 51 13 29 / 07 67 25 29 43
contact@lastation-lgbti.eu
- **Association SOS Femmes Solidarité 67** :
5 rue Sellenick, 67000 Strasbourg
03 88 24 06 06
- **Violences Femmes Info** :
Numéro de téléphone: 3919
- **Osez Le Féminisme 67 (Strasbourg)** : osezlefeminismebasrhin@gmail.com
- **Pour une M.E.U.F (Médecine Engagée Unie et Féministe)** : contact@pourunemeuf.org

Annexe 4 – Enregistrement au registre du Comité Informatique et Libertés de l'Université de Strasbourg

Registre des traitements mis en oeuvre par Université de Strasbourg

Finalité principale du traitement

UFR Médecine - 2020- Thèse - Impact des constructions sociales de la « Féminité » sur la santé des femmes et sur leur ressenti concernant leur prise en charge médicale

Détail des finalités du traitement	<p>Dans le cadre d'une étude menée pour une thèse en médecine générale visant à analyser l'impact des constructions sociales "genrée" sur la santé des femmes et sur leur vécu de leur prise en charge médicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestion du recrutement des participants - gestion de la collecte des données, notamment par enregistrement audio des entretiens individuels - gestion de la retranscription des propos et de l'analyse des données - gestion du stockage et du partage de ces données - gestion de la publication des résultats. 											
Service chargé de la mise en oeuvre	FACULTÉ, ÉCOLES, INSTITUTS - Santé - Faculté de médecine											
Service auprès duquel s'exerce le droit d'accès	Responsable de l'étude											
Personnes concernées, données, durée de conservation et destinataires	<p>Sujets d'étude</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Données</th> <th>Destinataires</th> <th>Durée</th> <th>Notes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Données d'études générales</td> <td>Seulement le service gestionnaire, La doctorante et ses directeurs de recherche</td> <td>3 ans à partir du début de l'enregistrement, de l'événement ou de l'étude</td> <td>Respect cadre MR-004</td> </tr> </tbody> </table>				Données	Destinataires	Durée	Notes	Données d'études générales	Seulement le service gestionnaire, La doctorante et ses directeurs de recherche	3 ans à partir du début de l'enregistrement, de l'événement ou de l'étude	Respect cadre MR-004
Données	Destinataires	Durée	Notes									
Données d'études générales	Seulement le service gestionnaire, La doctorante et ses directeurs de recherche	3 ans à partir du début de l'enregistrement, de l'événement ou de l'étude	Respect cadre MR-004									
Transferts hors UE	Données dans le pays											
Descriptif général des mesures de sécurité techniques	Des mesures de sécurité techniques sont mises en oeuvre.											

Descriptif général des mesures de sécurité organisationnelles	Des mesures de sécurité organisationnelles sont mises en oeuvre.
Mise à jour	Date 23/10/2020 Version 1



Mme PACE Angéline
16 rue de la charrue
67300 Schiltigheim

Céline CLEMENT
Présidente du comité d'éthique
pour la recherche

Strasbourg, le 23 mars 2021
Objet : Décision du comité d'éthique pour la recherche (CER)
Référence dossier : 202037

Madame PACE, Chère Collègue,

Affaire suivie par :
Florian FRITSCH
Responsable du département
Administration de la recherche
Direction de la recherche et de la
valorisation
florian.fritsch@unistra.fr
+33 (0)3 68 85 15 19

Vous avez déposé le projet intitulé « Impact des constructions sociales de la « Féminité » sur la santé des femmes et sur leur ressenti concernant leur prise en charge médicale : « Maux et Mots des Femmes au prisme du Genre » » pour évaluation par le comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg.

Le Comité d'éthique pour la recherche Unistra déclare par la présente :

que le résultat de l'examen éthique de ce projet de recherche est POSITIF.

Votre projet est désormais enregistré par le comité d'éthique pour la recherche sous un numéro d'accréditation unique que vous pourrez communiquer à toute entité vous le demandant :

Unistra/CER/2021-13

Si une entité vous demande d'apporter des modifications administratives à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CER, veuillez vous entendre avec cette entité afin que notre CER reçoive une copie dudit document modifié indiquant clairement les modifications apportées. Si notre CER juge que ces modifications administratives affectent l'acceptabilité éthique du projet, il suspendra son approbation éthique pour l'entité en cause.

Les membres du comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg vous souhaitent un travail de recherche fructueux.

Université de Strasbourg
4 rue Blaise Pascal
CS 90032
F-67081 STRASBOURG cedex
Tél. : +33 (0)3 68 85 00 00
www.unistra.fr

La présidente du comité d'éthique pour la recherche,

Céline CLEMENT

Annexe 6 – Fiche d’information

INFORMATION POUR PARTICIPATION A UNE RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Je suis médecin généraliste remplaçante, et, dans le cadre de ma Thèse d’Exercice en Médecine Générale, je réalise une **recherche sur la santé des femmes et leur prise en charge par les médecins**. L’objectif de ce travail de recherche est d’étudier le **ressenti des femmes concernant la prise en charge de leur santé par les médecins**.

Cette recherche sera dirigée par le Dr FRAIH Elise et le Dr SCHMITT Yannick, avec le soutien et l’accord du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Pour mener à bien cette recherche, j’ai besoin de recueillir des données par le biais d’entretiens individuels. Si vous acceptez de participer, nous nous rencontrerons, dans le lieu de votre choix, pour nous entretenir sur le sujet pendant une durée de 30 à 60 minutes environ. Pour faciliter le recueil de données, je souhaite réaliser, avec votre accord, un enregistrement audio de notre entretien à l’aide d’un dictaphone.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- que votre participation n’est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat.
- que votre participation sera anonyme (un numéro vous sera attribué) et que les informations recueillies seront confidentielles et utilisées dans le cadre strict de cette étude. Toutes ces données seront gardées dans un endroit sécurisé et seuls les responsables scientifiques et les chercheurs adjoints y auront accès.
- que vous avez le droit de vous retirer de l’étude à tout moment si vous le souhaitez, sans avoir à donner de justification et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice.
- que vous avez le droit de ne pas répondre à certaines questions de l’entretien, sans avoir à donner de justification.
- que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil de données effectué.
- que les résultats globaux pourront vous être communiqués sur simple demande.
- que les enregistrements audios seront détruits dès la fin des travaux.

Pour toute question ou si vous voulez participer à ce travail, vous pouvez me contacter à l’adresse : angelina.pace@etu.unistra.fr

PACE Angéline

Protection des données personnelles :

Les informations recueillies le seront uniquement pour les besoins de la recherche présentée ci-dessus. Le responsable du traitement est l’Université de Strasbourg. Les données seront traitées et conservées par Mme PACE Angéline jusqu’à la soutenance de la Thèse. Ce traitement a pour base légale l’exécution d’une mission de service public assurée par l’Université de Strasbourg (article 6. (1) e. du RGPD).

Les participants à la recherche disposent de droits d’accès, de rectification et de suppression de leurs données. Pour exercer ces droits, vous pouvez adresser vos demandes à Mme PACE Angéline à l’adresse : angelina.pace@etu.unistra.fr

L’Université de Strasbourg a désigné une déléguée à la protection des données que vous pouvez contacter à l’adresse suivante : dpo@unistra.fr. Enfin, si après nous avoir contacté, vous estimez que vos droits n’ont pas été respectés vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Annexe 7 – Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
DANS LE CADRE DE LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Il m'a été proposé de participer à une **recherche sur la santé des femmes et leur prise en charge par les médecins**. Cette recherche scientifique est réalisée dans le cadre d'une thèse soutenue par Mme PACE Angéline, étudiante à l'Université de Strasbourg.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

L'investigateur, Mme PACE Angéline, m'a informé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche.

J'ai compris que je pourrai arrêter à tout moment sans justification ou décider de ne pas répondre à certaines questions de l'entretien si je ne le souhaite pas, et que je pourrai prendre connaissance des résultats lorsque l'étude sera terminée.

J'accepte que l'entretien mené dans le cadre de cette recherche fasse l'objet d'un enregistrement audio par dictaphone. Celui-ci sera uniquement accessible par Mme PACE Angéline et sera détruit après retranscription.

Je donne mon accord pour que les données soient utilisées à des fins scientifiques et pédagogiques, étant entendu que les données resteront anonymes et qu'aucune information ne sera donnée sur mon identité.

Après en avoir discuté avec Mme PACE Angéline et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, je soussigné(e) accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à, le, en double exemplaire.

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

Annexe 8 - Tableau des caractéristiques de l'échantillon de participant-es

	Genre auquel la personne s'identifie	Age	Pays de naissance	Niveau d'étude	Catégorie socioprofessionnelle (INSEE)	Situation familiale		Durée de l'entretien
						Vit :	Enfant(s)	
E1	Femme	29 ans	France	Secondaire (CAP)	563a : Assistantes maternelles, gardiennes d'enfants, familles d'accueil	En couple	3 enfants	84 minutes
E2	Femme	63 ans	France	Supérieur (BAC +2)	Profession 635a : Tailleurs et couturières qualifiés	Seule	2 enfants	51 minutes
E3	Non-binaire	27 ans	France	Secondaire (CAP)	563c : Employés de maison et personnels de ménage chez des particuliers	Colocation	Non	52 minutes
E4	Femme	29 ans	France	Supérieur (BAC +5)	421b : Professeurs des écoles	Seule	Non (n'en veut pas)	62 minutes
E5	Femme	29 ans	France	Supérieur (BAC +5)	541a : Agents et hôtesses d'accueil et d'information	Seule	Non	74 minutes
E6	Femme	59 ans	France	Supérieur (BAC +3)	En invalidité	Seule	1 enfant	90 minutes
E7	Femme	26 ans	France	Secondaire (CAP)	84 : Élèves, étudiants	Chez ses parents	Non	41 minutes
E8	Femme	31 ans	France	Supérieur (BAC +5)	354b : Artistes professionnels de la musique et du chant	En couple	Non	91 minutes
E9	Femme	33 ans	France	Supérieur (BAC +3)	434c : Conseillers en économie sociale familiale	En couple	1 enfant, 1 belle-fille, enceinte	52 minutes
E10	Femme	52 ans	France	Secondaire (BEP)	551a : Employés de libre-service du commerce et magasiniers	En couple	2 enfants	46 minutes
E11	Femme	26 ans	France	Supérieur (BAC +3)	431f : Infirmiers en soins généraux, salariés	Seule	Non	62 minutes
E12	Femme	49 ans	France	Secondaire	En invalidité	En couple	1 enfant	72 minutes
E13	Femme	24 ans	France	Supérieur (BAC +5)	84 : Elèves, étudiants	En couple	Non	53 minutes

E14	Femme	57 ans	?	Supérieur (BAC +3)	434d : Educateurs spécialisés	En couple	4 enfants ?	49 minutes
E15	Femme	23 ans	France	Supérieur (BAC +1)	84 : Élèves, étudiants	seule	Non (n'en veut pas)	54 minutes
E16	Femme	25 ans	France	Supérieur (BAC +5)	8 : Chômeurs	seule	Non	81 minutes
E17	Femme	40 ans	France	Supérieur (BAC +5)	432a : Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, libéraux	seule	Non	50 minutes
E18	Femme	67 ans	France	Supérieur (Bac+2)	7 : Retraités	en couple	Non	62 minutes
E19	Femme	28 ans	France	Supérieur (Bac+5)	372e : Juristes	en couple	Non	54 minutes
E20	Femme	46 ans	France	Secondaire	525c : Agents de service de la fonction publique (sauf écoles, hôpitaux)	en couple	2 enfants	24 minutes

BIBLIOGRAPHIE

1. Hadadd R. Manuel d'écriture inclusive. Faites progresser l'égalité Femmes Hommes par votre manière d'écrire. [en ligne]. 2016. [consulté le 11/10/2021]. Disponibilité sur Internet : https://www.univ-tlse3.fr/medias/fichier/manuel-decriture_1482308453426-pdf
2. Salle M. Chapitre 12. Que dire du corps des femmes ? Perspectives féministes sur les discours médicaux (XIXe-XXIe siècles). Abou B, Berry H éd. Sexe & genre. De la biologie à la sociologie. Sciences & Philosophie ed. Éditions Matériologiques. 2019;179-193.
3. Kniebiehler Y. Le discours sur la femme : constantes et ruptures. Romantisme. Mythes et représentations de la femme. 1976;13-14:41-55.
4. Ehrenreich B, Deirdre E. Sorcières, Sages-femmes & Infirmières. Une historE des femmes soignantes. Paris: Cambourakis; 2014.
5. Le Feuvre N, Lapeyre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Revue française des affaires sociales. 2005;(1):59-81.
6. Löwy I. Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? Le Women Health Movement et les transformations de la médecine aux États-Unis. Travail, genre et sociétés. 2005;14(2):89-108.
7. Devreux AM. Les sciences et le genre. Déjouer l'androcentrisme. Collection « Essais ». Rennes: Presse universitaire de Rennes; 2016.
8. Bereni L, Chauvin S, Jaunait A, Revillard A. Introduction aux études sur le genre. 2^e ed. Louvain-La-Neuve: De Boeck; 2012.
9. Buscatto M. Sociologie du genre. 2^e ed. Malakoff: Armand Collin; 2019.
10. Pfefferkorn R. Genre et rapports sociaux de sexe. 3^e ed. Paris: Syllepse; 2016.
11. Hammarström A, Annandale E. A conceptual muddle: an empirical analysis of the use of 'sex' and 'gender' in 'gender-specific medicine' journals. 2012; 7(4): e34193.
12. Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections - and why does it matter? Int J Epidemiol. 2003; 32(4): 652-7.
13. INSERM. Note du comité d'éthique de l'INSERM. Groupe « Genre et recherche en sante ». [en ligne]. [consulté le 11/10/2021]. Disponibilité sur internet : <https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2014/06/Genre+Santé+16+juin+Final.pdf>
14. Roventa-Frumusani D. Concepts fondamentaux pour les études de genre. Paris: Éd. des archives contemporaines; 2009.
15. Comité pour la diversité sexuelle et l'identité de genre. Comprendre la diversité sexuelle et l'identité de genre V.2.0. [en ligne]. 2017. [consulté le 03/08/2021]. Disponibilité sur internet : http://www.diversite.lacsq.org/wp-content/uploads/2017/03/Comprendre-la-diversité-sexuelle_v2.0_et_définitions.pdf

16. Touya de Marenne E. Chapitre IV. « On ne naît pas femme ». éd., Simone de Beauvoir. 2019; 57-72.
17. Tabet P. La construction sociale de l'inégalité des sexes, des outils et des corps. Paris: L'Hamarttan; 1998.
18. Héritier F. Masculin / féminin. La pensée de la différence. Paris: O Jacob; 1996.
19. Bourdieu P. La domination masculine. Paris: Seuil; 1998.
20. Bourdieu P. La domination masculine. 1998. Cité dans: Les Essentiels du Genre 01. Approche Genre. Concept et enjeux actuels. Bruxelles: Le monde selon les femmes; 2019.
21. Brugère F. La persistance du patriarcat. Multitudes. 2020; 79(2):193-198.
22. Löwy I, Rouch H. La distinction entre sexe et genre, une histoire entre biologie et culture. Cahiers du genre numéro 34. Paris :Edition L'Hamarttan; 2003.
23. West C, Zimmerman DH. Doing Gender. 1987;1(2):125-151.
24. Gardey D, Löwy I. L'Invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin. Paris: Éditions des archives contemporaines; 2000.
25. Le Monde selon les Femmes. Les essentiels du genre 01. Approche Genre. Concept et enjeux actuels. Bruxelles; 2019.
26. INSERM. (page consultée le 11/10/2021). Genre et santé. Prendre en compte les différences, pour mieux combattre les inégalités. [en ligne]. <https://www.inserm.fr/dossier/genre-et-sante/>
27. Salle M, Vidal C. Femmes et santé, encore une affaire d'hommes? Paris: Editions Belin; 2017.
28. Cambois E. Des inégalités sociales de santé moins marquées chez les femmes que chez les hommes: une question de mesure? Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2016; 64(Suppl. 2):S75-S85.
29. DRESS. L'état de santé de la population en France – Rapport 2015. [en ligne] 2015. [consulté le 10/11/2021]. Disponibilité sur internet : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2015>
30. Cousteaux AS. Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales. [Thèse de Doctorat en Sociologie]. Paris: Institut d'Etudes Politiques de Paris, Ecole Doctorale de Sciences Po; 2011.
31. Haut Conseil de la Santé Publique. Les inégalités sociales de santé. Paris; 2009.
32. Vitale C, Fini M, Spoletoni I, Lainscack M, et al. Under-representation of elderly and women in clinical trials. International Journal of Cardiology. 2017;232:216-221.
33. Ramasubbu K, Gurm H, Litaker D. Gender bias in clinical trials: do double standards still apply? J. Womens Health Gend. Based Med. 2001; 10: 757–764.
34. Müllner M, Vamvakas S, Rietschel M, van Zwieten-Boot BJ. Are women appropriately represented and assessed in clinical trials submitted for marketing authorization? A review of the database of the European Medicines Agency. Int J Clin Pharmacol Ther. 2007; 45(9):477-84.

35. Söderström M. Why researchers excluded women from their trial populations. *Lakartidningen*. 2001; 98(13):1524-8.
36. Ceci S, Williams W. Understanding current causes of women's underrepresentation in science. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2011; 108(8):3157-3162.
37. Potterat M, Monnin Y, Guessous I, Pechère-Bertschi A. Les femmes, oubliées de la recherche clinique. *Rev Med Suisse*. 2015; 1(487):1733-1736.
38. Davesne R. La participation des femmes dans les essais cliniques. Le sexe féminin sous-représenté peut-il entraîner des conséquences sur la prise en charge et le traitement des femmes? [Mémoire de Master Ingénierie de la Santé, spécialité Healthcare Business et Recherche Clinique]. Lille: Université de Lille; 2018.
39. Geller S, Koch A, Pellettieri B, Carnes M. Inclusion, Analysis, and Reporting of Sex and Race/Ethnicity in Clinical Trials: Have We Made Progress? *Journal of Women's Health*. 2011; 20(3):315-320.
40. Geller S, Goldstein Adams M, Carnes M. Adherence to Federal Guidelines for Reporting of Sex and Race/Ethnicity in Clinical Trials. *Journal of Women's Health*. 2006; 15(10):1123-1131.
41. Dupuy Maury F. Sexe et genre - Mieux soigner les femmes et les hommes. 2017;(38):24-35.
42. INSERM. (page consultée le 10/10/2021). Genre et santé, attention aux clichés ! Maladies cardiovasculaires. [en ligne] : <https://www.youtube.com/watch?v=jW3qH2ZwWHo&list=PL525ZU55fXEwFgxx0kFYdEukZQEBDYwR8&index=4>
43. Soldin O, Chung S, Mattison D. Sex differences in drug disposition. *J Biomed Biotechnol*. 2011; 2011:187103.
44. Heather P, Wesley L. Sex-Based Differences in Drug Activity. *American Family Physician*. 2009; 80(11):1254-8.
45. Greenblatt D, Harmatz J, Moltke L, Wright C, et al. Comparative Kinetics and Response to the Benzodiazepine Agonists Triazolam and Zolpidem: Evaluation of Sex-Dependent Differences. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*. 2000; 293(2):435-443.
46. Merkatz R, Temple R, Sobel S, Feiden K, et al. Women in Clinical Trials of New Drugs – A Change in Food and Drug Administration Policy. *New England Journal of Medicine*. 1993; 329(4):292-296.
47. Walker J, Carmody J. Experimental pain in healthy human subjects : gender differences in nociception and in response to ibuprofen. *Anesthesia and Analgesia*. 1998; 86:1257-1262.
48. Simon V. Wanted: Women in Clinical Trials. *Science*. 2005; 308(5728) :1517.
49. Miller L, Marks C, Becker J, Hurn P, et al. Considering sex as a biological variable in preclinical research. *Faseb Journal*. 2017; 31(1):29-34.
50. Pilote L, Dasgubta K, Guru V, Humphries K, et al. A comprehensive view of sex-specific issues related to cardiovascular disease. *CMAJ*. 2007; 176(6):S1–S44.
51. Bartley EJ, Fillingim RB. Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. 2013; 111(1):52-58.

52. Khan NA, Daskalopoulou SS, Karp I, Eisenberg MJ, et al. Sex Differences in Premature Acute Coronary Syndrome Symptom. *JAMA Intern. Med.* 2013; 173:1863-1871.
53. Bies R, Bigos K, Pollock B. Gender differences in the pharmacokinetics and pharmacodynamics of antidepressants. *J Gend Specif Med.* 2003; 6(3):12-20.
54. Beierle I, Meibohm B, Derendorf H. Gender differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 1999; 37(11):529-47.
55. Hølge-Hazelton B, Malterud K. Gender in medicine- does it matter? *Scandinavian Journal of Public Health.* 2009; 37(2):139-145.
56. Doyal L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. *BMJ.* 2001; 323(7320):1061-1063.
57. Risberg G, Hamberg K, Johansson EE. Gender perspective in medicine: a vital part of medical scientific rationality. A use-ful model for comprehending structures and hierarchies within medical science. *BMC Medicine.* 2006; 4(20).
58. Koning R, Samila S, Ferguson J. Who do we invent for? Patents by women focus more on women's health, but few women get to invent. *Science.* 2021; 372(6548):1345-1348.
59. Lorber J. *Gender and the Social Construction of Illness.* 2nd ed. Lanham: AltaMira Press; 2002.
60. Le Talec JY, Authier D, Tomolillo S. *La promotion de la santé au prisme du genre. Guide théorique et pratique.* Rennes: Presses de l'EHESP; 2019.
61. Bernstein B, Kane R. Physicians' attitudes toward female patients. *Med. Care.* 1981; 19(6):600-608.
62. Hamberg K. Gender Bias in Medicine. *Women's Health.* 2008; 4(3):237-243.
63. HAS. Sexe, genre et santé. Rapport d'analyse prospective 2020. [en ligne]. 2020 [consulté le 10/10/2021]. Disponibilité sur internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/rapport_analyse_prospective_2020.pdf
64. Déclaration et Programme d'action de Beijing. [en ligne]. 1995. [consulté le 08/09/2021] Disponibilité sur internet : <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20F.pdf>
65. Fussinger C. Genre, médecine et santé : quelques repères. 2010; 6:1429-32.
66. WHO. Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage. [en ligne]. 2016. [consulté le 08/09/2021] Disponibilité sur internet : <https://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/womens-health-and-well-being-in-europe-beyond-the-mortality-advantage-2016>
67. INSERM. (page consultée le 15/06/2021). Genre et Santé. Prendre en compte les différences, pour mieux combattre les inégalités. [en ligne]. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/genre-et-sante#:~:text=Genre%20et%20Sant%C3%A9%20%3A%20attention%20aux,des%20femmes%20et%20des%20hommes>
68. Horizon 2020 en bref. Le programme-cadre de l'UE pour la recherche et l'innovation. [en ligne]. 2020. [consulté le 15/06/2021]. Disponibilité sur internet : <https://www.horizon2020.gouv.fr/cid73300/comprendre-horizon-2020.html>

69. Sénat. Rapport d'information n° 592. [en ligne]. 2015. [consulté le 07/09/2021]. Disponibilité sur internet : <https://www.senat.fr/rap/r14-592/r14-5921.pdf>
70. Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique. [en ligne]. 2020. [consulté le 08/09/2021]. Disponibilité sur internet : https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sexe_genre_soigner-v9.pdf
71. Haute Autorité de Santé. Sexe, genre et santé. Rapport d'analyse prospective 2020. [en ligne]. 2020 [consulté le 08/08/2021]. Disponibilité sur internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/rapport_analyse_prospective_2020.pdf
72. Verdonk P, Benschop Y, De Haas H, Lagro-Janssen T. From gender bias to gender awareness in medical education. 2009; 14:135–152.
73. Rrustemi I, Locatelli I, Schwarz J, Lagro-Janssen T, et al. Gender awareness among medical students in a Swiss University. BMC Med Educ. 2020; 20(156).
74. Levoir T, Levoir C. Genre et santé: enquête qualitative auprès de médecins généralistes sur leurs représentations des disparités en santé entre les hommes et les femmes réalisée en 2019 dans les Pyrénées Atlantiques. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux. UFR des Sciences Médicales; 2019.
75. Loikas D, Karlsson L, von Euler M, Hallgren K, et al. Does patient's sex influence treatment in primary care? Experiences and expressed knowledge among physicians a qualitative study. BMC Fam Pract. 2015; 16:137.
76. Grange A. Inégalités de soins entre les femmes et les hommes en médecine générale: les médecins sont-ils sexistes ? : L'exemple du dépistage du tabagisme. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Saint Etienne: Université Jean Monnet Faculté de Médecine Jacques Lisfranc; 2019.
77. Gineste C. L'impact du sexisme sur la qualité des soins en gynécologie. [Mémoire de Master Ethique du Soin et Recherche]. Toulouse: Université de Toulouse; 2017.
78. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. Champ psychosomatique. 2002 ; 27(3): 81-92.
79. Ruault L. La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine. Nouvelles Questions Féministes. 2015 ;34(1):35-50.
80. Pierson J. Que vivent les femmes lors d'un examen gynécologique ? : une étude qualitative auprès de dix-sept femmes de la région Grand-Est. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Strasbourg: Université de Strasbourg. Faculté de Médecine de Strasbourg; 2020.
81. Botalla-Piretta AS. Examen gynécologique en décubitus latéral : ressenti de patientes et de professionnels de santé en France. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Rouen: Faculté mixte de Médecine et Pharmacie de Rouen; 2015.
82. Diagana F. Dépistage systématique des violences faites aux femmes à Aubervilliers : une étude complémentaire mixte explicative. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Créteil: Université Paris Est Créteil. Faculté de médecine de Créteil; 2016.

83. Beny A. Les champs de représentations de l'endométriose côté femmes et côté médecins généralistes en France en 2017. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Université du Droit et de la Santé Lille 2. Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2017.
84. Lauret L, Jouanolou C. Exploration des déterminants du retard diagnostique de l'endométriose, à partir de l'expérience vécue des femmes. Étude qualitative auprès de 18 femmes par entretiens semi-dirigés. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Toulouse: Université Toulouse III. Faculté de Médecine; 2017.
85. Theurel P. Thérapies complémentaires dans l'endométriose: Etude qualitative du bénéfice perçu par les patientes. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Strasbourg: Université de Strasbourg. Faculté de Médecine de Strasbourg; 2020.
86. Brosset A. Comment les femmes intègrent-elles la prise de leur contraception orale oestro-progestative dans leur quotidien, s'appropriant les contraintes et les avantages? [Thèse de Doctorat en Médecine]. Strasbourg: Université de Strasbourg. Faculté de Médecine de Strasbourg; 2020.
87. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. 2007; 19(6):349-357.
88. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewics AM, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008; 19(84):142-5.
89. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue Médicale de l'Assurance Maladie. 2001; 32(2):117-21.
90. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Malakoff: Armand Collin; 2016.
91. Comeau Y. L'analyse des données qualitatives. Cahiers du CRISES. Collection Etudes Théoriques. Québec: Département de counseling et orientation Université Laval; 1994.
92. Glaser B, Strauss A. La découverte de la théorisation ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative. 2nd ed. Paris: Armand Collin; 2017.
93. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Calwallader J, Gilles de La Londe J. Initiation à la recherche qualitative en santé: Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Alphen-sur-le-Rhin: Wolters Kluwer Health France; 2021.
94. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2^e ed. Malakoff: Armand Colin; 2007.
95. Kaufmann J. L'entretien compréhensif. 2^e ed. Malakoff: Armand Colin; 2007.
96. Michelat G. Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. 1975; 16(2):229-247.
97. Mukamurera J, Lacourse FF, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. 2006; 26(1):110-138.
98. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de Recherche Sociologique. 1994; 23:147-181.
99. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4^e ed. Malakoff: Armand Colin; 2016.

100. Quiroz L. Le leurre de l'objectivité scientifique. Lieu d'énonciation et colonialité du savoir. La production du savoir: formes, légitimations, enjeux et rapport au monde. Nice: Université de Rouen Normandie; 2019.
101. Collin F. Ces études qui ne sont « pas tout ». Fécondité et limites des études féministes. 1990; 45: 81-84.
102. Flores Espinola A. Subjectivité et connaissance : réflexions sur les épistémologies du « point de vue ». Cahiers du Genre. 2012 ;2(53) :99-120.
103. Clair I. Faire du terrain en féministe. Actes de la recherche en sciences sociales. 2016; 213(3):66-83.
104. Ollivier M, Tremblay M. Questionnements féministes et méthodologie de la recherche. Paris: Harmattan; 2000.
105. Beagan BL. Neutralizing differences: producing neutral doctors for (almost) neutral patients. 2000; 51(8):1253-65.
106. Sharda S, Dhara A, Alam F. L'antiracisme comme compétence professionnelle : quand la neutralité ne suffit plus. CMAJ. 2021; 193(12):E436-438.
107. Risberg G. I am solely a professional - neutral and genderless. On gender bias and gender awareness in the medical profession. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Sweden: Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University; 2004.
108. Verbrugge LM, Ruiz MT. A two way view of gender bias in medicine. 1997; 51(2):106-109.
109. St-Pierre-Hansen N, Guilfoyle J, Kelly L. Préjugés en médecine: Notre rôle dans les inégalités en matière de santé. Can Fam Physician. 2008; 54(11):1518–20.
110. Schieber AC, Kelly-Irving M, Membrado M, Génolini JP, et al. Fédération Maisons Médicales Santé et Solidarité. Le rôle du médecin dans les inégalités sociales de santé : une approche interdisciplinaire. [en ligne]. 2013. [consulté le 10/06/2021]. Disponibilité sur internet : <https://www.maisonmedicale.org/Le-role-du-medecin-dans-les.html>
111. Sinigaglia-Amadio S. Enfance et genre. De la construction sociale des rapports de genre et ses conséquences. Nancy: Presses universitaires de Nancy. Éditions universitaires de Lorraine; 2014.
112. Croity-Belz S, Prêteur Y, Rouyer V. Genre et socialisation de l'enfance à l'âge adulte. Toulouse : Érès; 2010.
113. Dafflon Nouvelle A. Filles-garçon: socialisation différenciée ? Grenoble: Presses universitaires de Grenoble; 2006.
114. Rouyer V, Yoan M, Le Blanc A. Socialisation de genre et construction des identités sexuées. 2014; 187:97-137.
115. Morin-Messabel C. Filles / garçons. Questions de genre, de la formation à l'enseignement. Lyon: Presses universitaires de Lyon; 2013.
116. Jacquin P. Filles, garçons : quelles différences dans les besoins de santé et la demande de soins à l'adolescence ? Médecine thérapeutique / Pédiatrie. 2013; 16(1):27-32.

117. Vinel V, Dorlin E, Demanget M, Diasio N, et al. *Féminin, masculin: anthropologie des catégories et des pratiques médicales*. Paris: Éditions du Portique; 2007.
118. Saurel-Cubizolles MJ. 15. États de santé. Margaret Maruani éd. *Femmes, genre et sociétés. L'état des savoirs*. La Découverte. 2005;(122-130).
119. DREES. Études et résultats. *La santé des femmes en France..* [en ligne]. 2013. [consulté le 09/11/2021] Disponibilité sur internet : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er834.pdf>
120. Ruault L. La force de l'âge du sexe faible. *Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine. Nouvelles Questions Féministes*. 2015; 34(1):35-50.
121. Guyard L. Chez la gynécologue. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines. *Ethnologie Française*. 2010; 40(1): 67-74.
122. Ventola C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. *Genre, Sexualité et Société*. 2014; 12.
123. Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, et al. "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Research & Management*. 2018 ;18.
124. Hoffmann DE, Tarzian AJ. The girl who cried pain: a bias against women in the treatment of pain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2001; 28(4):13–27.
125. Hamberg K, Risberg G, Johannson EE, Westman G. Gender bias in physicians' management of neck pain: a study of the answers in a Swedish national examination. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*. 2002; 11(7):653-666.
126. De Bie S. Existe-t-il un écart de prise en charge de la douleur chronique selon le genre des patients ? Le point de vue des patients. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Marseille: Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales de Marseille; 2020.
127. Alabas OA, Tashani OA, Tabasam G, Johnson MI. Gender role affects experimental pain responses: a systematic review with meta-analysis. *European Journal of Pain*. 2012; 16(9):1211–1223.
128. Wise EA, Price DD, Myers CD. Gender role expectations of pain: relationship to experimental pain perception. *Pain*. 2002; 96(3):335-342.
129. Lombes L. Le genre des médecins et des patients influence-t-il le déroulement des consultations ? A propos de 93 consultations en médecine générale. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Toulouse: Université Toulouse III Paul Sabatier; 2014.
130. Cousin G, Schmid Mast M. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? *Revue Médicale Suisse*. 2010; 4(257):1444-7.
131. Hall JA, Rotter DL. Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Education and Counseling*. 2002; 48(3):217-224.
132. Zaharias G, Piterman L, Liddell M. Doctors and patients: gender interaction in the consultation. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. 2004; 79(2): 148-155.

133. Rotter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician Gender Effects in Medical Communication A Meta-analytic Review. *JAMA*. 2002; 288(6):756-764.
134. Rinaldo F, Salloum F. Description du sexisme et des autres violences rencontrés par les femmes internes en médecine générale et répercussions sur la construction de leur identité professionnelle.. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Strasbourg: Université de Strasbourg. Faculté de Médecine de Strasbourg; 2020.
135. Bois C. Inégalités de soins entre les femmes et les hommes en médecine générale: les médecins sont-ils sexistes ? : L'exemple du dépistage du tabagisme. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Saint-Etienne: Université Jean Monnet. Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2019.
136. Membrado M. Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation. *Nouvelles Questions Féministes*. 2006; 25(2):16-31.
137. Werner A, Malterud K. It Is Hard Work Behaving as a Credible Patient: Encounters between Women with Chronic Pain and Their Doctors. *Social Science & Medicine*. 2003; 57(8):1409-19.
138. Lauret L, Jouanolou C. Exploration des déterminants du retard diagnostique de l'endométriose, à partir de l'expérience vécue des femmes. Étude qualitative auprès de 18 femmes par entretiens semi-dirigés. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Toulouse: Université Toulouse III. Paul Sabatier Faculté de Médecine; 2017.
139. Theurel P. Thérapies complémentaires dans l'endométriose: étude qualitative du bénéfice perçu par les patientes. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Strasbourg: Université de Strasbourg Faculté de Médecine de Strasbourg; 2020.
140. Lennane KJ, Lennane R. Alleged psychogenic disorders in women. A possible manifestation of sexual prejudice. *N Engl J Med*. 1973; 288:288-92.
141. Colameco S, Becker L, Simpson M. Sex bias in the assessment of patient complaints. *J. Fam. Pract.* 1983; 16:1117-1121.
142. Smith R, Gardiner J, Lyles J. Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medically unexplained symptoms. *Psychosom. Med*. 2005; 67:123-129.
143. Simoni-Wastila L. The use of abusable prescription drugs: the role of gender. *J. Womens Health Gend. Based Med*. 2000; 9:289-297.
144. Linden M, Lecrubier Y, Bellantouno C, Benkert O, et al. The prescription of psychoactive drugs by primary care physicians: an international collaborative study. 1999; 19:132-140.
145. Healy B. The Yentl syndrome. *New Engl J Med*. 1991; 325(4):274-276.
146. Ayanian J, Epstein A. Difference in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *New Eng J Med*. 1991; 325(4):221-225.
147. Armitage KJ, Schneiderman LJ, Bass RA. Response of physicians to medical complaints in men and women. *Journal of the American Medical Association*. 1979; 241(20):2186-7.

148. Björkelund C, Benktsson C, Schenk-Gustaf K. Management of cardiovascular diseases is characterized by male perspective. Women are subjected to incorrect management, diagnosis and treatment. *Lakartidningen*. 2001; 98(30-31):3314-3318.
149. Chakkalakal RJ, Higgins SM, Bernstein LB. Does Patient Gender Impact Resident Physicians' Approach to the Cardiac Exam? *JGIM*. 2013; 28(4):561-6.
150. Johnson P, Goldman L, Orav E, Zhou L, et al. Gender differences in the management of acute chest pain. Support for the "Yentl syndrome". *J Gen Intern Med*. 1996; 11(4):209-217.
151. Chen W, Woods SL, Puntillo KA. Gender differences in symptoms associated with acute myocardial infarction: a review of the research. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*. 2005; 34(4):240-247.
152. Maynard C, Litwin PE, Martin JS, et al. Gender Differences in the Treatment and Outcome of Acute Myocardial Infarction: Results From the Myocardial Infarction Triage and Intervention Registry. *Arch Intern Med*. 1992; 152(5):972-976.
153. Lloyd E, Paganini G, ten Brinke L. Gender Stereotypes Explain Disparities in Pain Care and Inform Equitable Policies. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*. 2020; 7(2):198-204.
154. Fowler RA, Sabur N, Li P. Sex- and age-based differences in the delivery and outcomes of critical care. *CMAJ*. 2007;(177):513-1519.
155. Osika I, Evengard B, Nyberg F. Gender differences in the treatment of patients with psoriasis. *Int. J. Dermatol*. 2008; 47:144-149.
156. Hariz G, Hariz M. Gender distribution in surgery for Parkinson's disease.. *Parkinsonism Relat. Disord*. 2000; 6:155-157.
157. Karim F, Islam A, Chowdhury AMR, Johansson E, et al. Gender differences in delays in diagnosis and treatment of tuberculosis. *Health Policy Planning*. 2007; 22:329-334.
158. Kühn C, Senhauser F. The Yentl syndrom in childhood asthma : Risk factors for undertreatment in swiss children. *Pediatr Pneumol*. 1995; 19:156-60.
159. Street R. Gender Differences in Health Care Provider-Patient Communication: Are They Due to Style, Stereotypes, or Accommodation? *Patient Education and Counseling*. 2002; 48(3):201-6.
160. Elderkin-Thompson V, Waitzkin H. Differences in clinical communication by gender. *J. Gen. Intern. Med*. 1999; 14:112-121.
161. Andersson J, Salander P, Hamberg K. Using patients' narratives to reveal gender stereotypes among medical students. *Acad Med*. 2013; 88(10):1015-21.
162. Arber S, McKinlay J, Adams A. Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relation to CHD: a video-simulation experiment. *Soc. Sci. Med*. 2006; 62(1): 103-115.
163. Hamberg K, Risberg G, Johansson EE. Male and female physicians show different patterns of gender bias. A paper-case study of management of irritable bowel syndrome. *Scand. J. Publ. Health*. 2004; 32:144-152.

164. Ehrenreich B, Deirdre E. Fragiles ou contagieuses. Le pouvoir médical sur le corps des femmes. Paris: Éditions Cambourakis; 2016.
165. Bonnard JB. Corps masculin et corps féminin chez les médecins grecs. *Clio. Femmes, Genre et Histoire*. Quand la médecine fait le genre.. 2013; 37:21-39.
166. Laqueur T. La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident. *Revue française de sociologie*. 1993; 34(3):454-457.
167. Berriot-Salvadore E. Un Corps, un destin La Femme dans la médecine de la Renaissance. 5^e ed. Paris : Etudes et Essais sur la Renaissance; 1993.
168. Dorlin E. La matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française. Paris: La découverte Poche. Sciences Humaines et Sociales; 2009.
169. Lazard M. Chapitre II - La nature féminine. Dans: *Images littéraires de la femme à la Renaissance*. Presses Universitaires de France. 1985:17-28.
170. Steinbrügge L. «Qui peut définir les femmes ?». L'idée de la «nature féminine» au siècle des Lumières. *Dix-Huitième Siècle*. 1994; 26 :333-348.
171. Mosconi N. Aux sources du sexisme contemporain: Cabanis et la faiblesse des femmes. Presses Universitaires de Caen. 2011; 39:113-130.
172. Lanouzière J. Hystérie et féminité ». Dans : Catherine Chabert éd., *Les névroses. Traité de psychopathologie de l'adulte*. Paris: Dunod; 2013.
173. Wajeman G. Psyché de la femme : note sur l'hystérique au XIXe siècle. *Romantisme Mythes et représentations de la femme*. 1976;(13-14):57-66.
174. Martin E. The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male- Female Roles. *JSTOR*. 1991; 16(3):485-501.
175. Giacomini M, Rozée-Koker P, Pepitone-Arreola-Rockwell F. Gender Bias in Human Anatomy Textbook Illustrations. *Psychology of Women Quarterly*. 1986; 10(4):413-420.
176. Risberg G, Johansson EE, Westman G, Et al. Attitudes toward and experiences of gender issues among physician teachers: a survey study conducted at a university teaching hospital in Sweden. *BMC medical education*. 2008; 8:10.
177. Gattino S, Picolli ND, Grosso M, Miozzo S, et al. Awareness of gender medicine among family doctors. A field investigation. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*. 2020; 48(2):147-160.
178. Rustemi I, Locatelli I, Schwarz J, Lagro-Janssen T, et al. Gender awareness among medical students in a Swiss University. *BMC Medical Education*. 2020; 20(156).
179. Risberg G, Hamberg K, Johansson EE. Gender awareness among physicians - the effect of specialty and gender. A study of teachers at a Swedish medical school. *BMC medical education*. 2003; 3(8).
180. Le Monde selon les Femmes. Genre & promotion de la santé, Femmes et Santé. [en ligne]. 2018. [consulté le 08/09/2021] Disponibilité sur internet : <https://www.mondefemmes.org/produit/genre-et-promotion-de-la-sante-2/>

181. Hanvisky O. Women's health, men's health, and gender and health : implications of intersectionality. *Sco Sci Med*. 2012; 74(11):1712-20.
182. Verdonk P, Mans L, Lagro-Janssen TL. Integrating gender into a basic medical curriculum. *Med. Educ*. 2005; 39:118–1125.
183. Schreitmüller J, Becker JC, Zsebedits D, Et al. Development and initial Experience of an online Exchange Platform on Sex and Gender Aspects in Medicine: "GenderMed-Wiki". *GMS Journal for Medical Education*. 2018; 35(3).
184. Gender and Health. (page consultée le 10/09/2021). Gender and Health Collaborative Curriculum Project. [En ligne]. <http://www.genderandhealth.ca/>
185. Westerståhl A, Andersson M, Soderstrom M. Gender in Medical Curricula: Course Organizer Views of a Gender-Issues Perspective in Medicine in Sweden. *Women & health*. 2003; 37:35-47.
186. Hochleitner M, Nachtschatt U, Siller H. How do we get gender medicine into medical education? *Health Care for Women International*. 2013; 34(1):3-13.
187. Weyers S, Vervoorts A, Dragano N, Engels M. The Gender Lens: Development of a learning aid to introduce gender medicine. *GMS Journal for Medical Education*. 2017; 34(2).
188. Ludwig S, Oertelt-Prigione S, Kurmeyer C. A Successful Strategy to Integrate Sex and Gender Medicine into a Newly Developed Medical Curriculum. *J Womens Health*. 2015; 24(12):996–1005.
189. INSERM. (page consultée le 08/10/2021). Genre et Santé. Prendre en compte les différences, pour mieux combattre les inégalités. [en ligne]. <https://www.inserm.fr/dossier/genre-et-sante/>
190. Triangle UMR 5206. (page consultée le 06/09/2021). Colloque "Genre et santé". ENS de Lyon. 2019 [en ligne]. <http://triangle.ens-lyon.fr/spip.php?article8389>
191. Youtube. (page consultée le 12/11/2021). Bajos N. Genre et santé : question éthique ou politique ? 10 heures de l'éthique. Paris. 2018. [en ligne]. <https://www.youtube.com/watch?v=D1SYRtjyzfE>
192. FranceInter. (page consultée le 06/10/2021). Genre et Santé. 2017 [en ligne]. <https://www.franceinter.fr/emissions/la-tete-au-carre/la-tete-au-carre-18-decembre-2017>
193. Youtube. (page consultée le 07/08/2021). HAS. Conférence en ligne "Sexe et genre en santé". 2021. [en ligne]. <https://www.youtube.com/watch?v=UW16mB8l2Cg>
194. Colloque International de l'Institut Emile du Châtelet en partenariat avec l'Inserm. Genre et Santé. [en ligne]. 2015. [consulté le 06/09/2021] Disponibilité sur internet : <https://www.cermes3.cnrs.fr/images/pdf/genre-et-sante-8-9-juin-2015.pdf>
195. Youtube. (page consultée le 18/08/2021). Conférence-débat : La médecine a-t-elle un sexe ? 2021. [en ligne]. <https://www.youtube.com/watch?v=TJ4g-lOcnS8>
196. Chollet M. Beauté fatale. Les nouveaux visages d'une aliénation féminine. Paris: La découverte Poche; 2015.
197. Wolf N. The Beauty Myth. Vintage Feminism Short Edition. Vintage Digital ; 2015.

198. Remaury B. Le beau sexe faible. Les images du corps féminin entre cosmétique et santé. Paris: Éditions Grasset et Fasquelle; 2000.
199. Markstein C, Rixout A. Genre, féminisme et pratiques médicales. Politique. Pour une gauche médicale médecine réparatrice ou émancipatrice ? 2017; 101:95-101.
200. Chollet M. Beauté Fatale. Les nouveaux visages d'une aliénation féminine. Paris: La découverte Poche; 2015. Page 184.
201. Brun D. La féminité et ses destins à l'aune du corps malade. Corps & Psychisme. 2016; 69(1):21-30.
202. Francequin G. Cancer du sein : une féminité à reconstruire. Toulouse: Érès; 2012.
203. Fortin P, Charron A, Beauchamp J, Morin C, et al. Corps, femmes et féminité : le vécu des jeunes femmes atteintes du cancer du sein au Nouveau-Brunswick. Recherches féministes. 2010; 23(2): 71-89.
204. De la Calle M. Conserver sa féminité pendant et après un cancer du sein : rôle et conseils du pharmacien d'officine dans l'accompagnement de ces patientes. [Thèse de Doctorat en Pharmacie]. Bordeaux: Université de Bordeaux. UFR des Sciences Pharmaceutiques; 2020.
205. Huffingtonpost. (page consultée le 18/11/2021). La polémique Maeva Ghennam, une preuve de plus des injonctions sur le sexe féminin. 2021. [en ligne]. https://www.huffingtonpost.fr/entry/la-polemique-maeva-ghennam-une-preuve-de-plus-des-injonctions-sur-le-sexe-feminin_fr_61371b66e4b0f1b970654a4e
206. AlloDocteurs. (page consultée le 11/11/2021). Le complexe de la vulve. [en ligne]. <https://www.allodocteurs.fr/sexo-femme-le-complexe-de-la-vulve-13262.html>
207. Centre Aide. (page consultée le 10/11/2021). Ma vulve est-elle normale?. [en ligne]. [\https://www.centreaide.com/viewtopic.php?t=1617
208. Madmoizelle. (page consultée le 10/09/2021). Petit (gros) complexe de la vulve. [en ligne]. <https://forums.madmoizelle.com/sujets/petit-gros-complexe-de-la-vulve.145709/>
209. Werner P, Childs T. 101 Vagina. Taboo Books ; 2013.
210. Instagram. [page consultée le 10.09.2021]. The Vulva Galery. [en ligne] https://www.instagram.com/the.vulva.gallery/?utm_source=ig_embed
211. Cuvelier A, Taillé C. Face aux patients obèses : un nécessaire changement de paradigme. Revue des Maladies Respiratoires. 2019; 36(8):915-918.
212. Grossophobie dans le monde soignant, une réalité à combattre. Soins. 2021; 66(858):22-24.
213. Hansson SO. The Ethics of Making Patients Responsible. Camb Q Healthc Ethics. 2018; 27(1):87-92.
214. Libération. (page consultée le 10.11.2021). Maudet E. Fat shaming Grossophobie médicale : «C'est une angoisse à chaque fois que je dois consulter». [en ligne]. https://www.liberation.fr/france/2016/01/08/grossophobie-medicale-c-est-une-angoisse-a-chaque-fois-que-je-fois-consulter_1424927/

215. Youtube. (page consultée le 03/06/2021). Collectif Liberté Pilosité Sororité. Le sexisme pilophobe dans la société et le système de soins. JN'ESF. 2020. [en ligne]. <https://www.youtube.com/watch?v=Yb5-VVFAbzg>
216. Thomas M. Are Women Naturally Devoted Mothers? *Journal of the History of the Behavioral Sciences*. 2014; 50(3):280–301.
217. Rapport de la Recherche Action. Care, Genre et Santé des Femmes. Femmes et Santé [en ligne]. 2016. [consulté le 11/11/2021]. Disponinilité sur internet : <https://www.femmesetsante.be/ressources/care-genre-et-sante-des-femmes/>
218. Praz AF, Modak M, Messant F. « Produire des enfants » aujourd’hui : un défi pour l’analyse féministe. *Nouvelles Questions Féministes*. 2011; 30(1):4-10.
219. Le Monde. (page consultée le 06/10/2021). #MonPostPartum : un hashtag pour libérer la parole sur l’après-accouchement. [en ligne]. 2020 https://www.lemonde.fr/big-browser/article/2020/02/20/du-sang-des-larmes-des-cris-un-hashtag-pour-liberer-la-parole-sur-le-post-partum_6030234_4832693.html
220. Weizman I. Ceci est notre post-partum. Vanves: Marabout; 2021.
221. Podcast Ausha. (page consultée le 10/06/2021). Mon Post-Partum. [en ligne]. <https://podcast.ausha.co/mon-post-partum>
222. Thibault P. Impact de l'hospitalisation d'un nourrisson sur la poursuite de l'allaitement maternel : enquête mères/soignants. *Recherche en soins infirmiers*. 2010; 102(3):50-58.
223. Gaisnon S. Déterminants de l'allaitement maternel et place du médecin généraliste dans la promotion et la poursuite de l'allaitement. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Rouen: Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2017.
224. Auclair M. Évaluation de la formation des médecins libéraux à l'allaitement maternel. [Thèse de doctorat de Médecine]. Angers: Université Angers; 2018.
225. Mpedia. (page consultée le 15/11/2021). Marcelli D. Le mythe de la mère parfaite. [en ligne]. <https://www.mpedia.fr/art-mere-parfaite/>
226. Gillespie R. Childfree And Feminine: Understanding The Gender Identity Of Voluntarily Childless Women. *Gender and Society*. 2003; 17(1):122-136.
227. Debest, Charlotte. Chapitre 5. Le refus de maternité : entre émancipation des assignations patriarcales et idéalisation du rôle de mère. Yvonne Knibiehler éd. La maternité à l'épreuve du genre. Métamorphoses et permanences de la maternité dans l'aire méditerranéenne. Presses de l'EHESP. 2012 ;43-50.
228. Bonanni N, Sabbah F, von Foutre N. « En êtes-vous bien sûre ? » Difficultés d'accès à la contraception définitive en France. *Revue itinérante d'enquête et de critique sociale*. 2016; 10(1):168-173.
229. Ventola C. Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines. [Thèse de Doctorat en Sociologie]. Villejuif: Université Paris Sud; 2017.

230. Dominguez Folgueras M. L'inégal partage des responsabilités familiales et domestiques est toujours d'actualité. Regards croisés sur l'économie. 2014; 15(2):183-196.
231. Jacquet M. Stigmatisation de la maternité dans une société néolibérale. Entre représentations idéalisées et dévalorisation sociale : quel(s) choix pour les femmes ? [en ligne]. 2017 [consulté le 17/10/2021]. Disponibilité sur internet : https://www.mmm-belgium.org/wp-content/uploads/2018/09/Etude2017_StigmatisationdeLaMaternité.pdf
232. Champagne C, Pailhé A, Solaz A. Le temps domestique et parental des hommes et des femmes : quels facteurs d'évolutions en 25 ans? Économie et Statistique. 2015; 478-479-480.
233. Tronto JC. Du care. Revue du MAUSS. 2008; 32(2):243-265.
234. DRESS. Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016). [en ligne]. 2019. [consulté le 11/11/2021]. Disponibilité sur internet : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/les-proches-aidants-des-seniors-et-leur-ressenti-sur-laide>
235. Barricade. (page consultée le 09/09/2021). Culture d'Alternatives. Le care Penser une nouvelle citoyenneté ? [en ligne]. <http://www.barricade.be/publications/analyses-etudes/care-penser-une-nouvelle-citoyennete>
236. Izarne L, Larrañaga M. Le genre à la retraite : effets différenciés sur la santé , Sandrine Croity-Belz éd., Genre et socialisation de l'enfance à l'âge adulte. Érès. 2010;191-203.
237. INSEE. (page consultée le 10/11/2021). Tableaux de l'économie française Édition 2020. Espérance de vie- Mortalité. [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291>
238. Guéritault V. La fatigue physique et émotionnelle des mères. Paris: Editions Odile Jacob; 2008.
239. DiGiacomo M, Davidson PM, Zecchin R, Daly J. Caring for Others, but Not Themselves: Implications for Health Care Interventions in Women with Cardiovascular Disease. Nursing Research and Practice. 2011 ; 2011.
240. Bayingana K, Tafforeau J. La Dépression. Etat des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique. Institut Scientifique de la Santé Publique Service d'Epidémiologie Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique. [en ligne]. 2011. [consulté le 10/11/2021]. Disponibilité sur internet : <http://docplayer.fr/9738962-La-depression-etat-des-connaissances-et-donnees-disponibles-pour-le-developpement-d-une-politique-de-sante-en-belgique.html>
241. Le monde selon les femmes. Genre & promotion de la santé, Femmes et Santé. Page 23. [en ligne]. 2018. [consulté le 08/09/2021] Disponibilité sur internet : <https://www.mondefemmes.org/produit/genre-et-promotion-de-la-sante-2/>
242. Instagram. (page consultée le 09/09/2021). T'as pensé à ? [en ligne]. <https://www.instagram.com/taspensea/?hl=fr>
243. Revil H. Femmes et hommes face au renoncement aux soins. La santé en action. Dossier Genre et Santé. 2017; 441:20-21.

244. Beltran G. Explications et modes de justification du renoncement aux soins dans une population ruralo-agricole. Rôles et ajustements d'un modèle de masculinité traditionnelle. *Masculinités et Santé*. 2017; 48(1):87-107.
245. Beltran G. Le renoncement aux soins, une affaire de genre ? *Soins*. 2020; 65(845): 30-32.
246. INSEE. (page consulté le 10/11/2021). Emploi, chômage, revenus du travail. Édition 2020. Temps partiel. [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4501614?sommaire=4504425>
247. Bessière C, Gollac S. Le genre du capital Comment la famille reproduit les inégalités. Paris: La Découverte. L'envers des faits; 2020.
248. Pro. Guide Social. (page consultée le 10/11/2021). Les métiers du care et inégalités du genre. [en ligne]. <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/les-metiers-du-care-et-inegalites-du-genre>
249. Cresson G, Gadrey N. Entre famille et métier : le travail du care. *Nouvelles Questions Féministes*. 2004; 23(3):26-41.
250. Chappert F, Merciacca P. Santé et travail : une approche par le genre pour améliorer la prévention. *La santé en Action. Dossier Genre et Santé*. 2017; 441:22-23.
251. Jaunait A, Sébastien C. Intersectionnalité. Dans : Catherine Achin éd. *Dictionnaire. Genre et science politique: Concepts, objets, problèmes*. Presses de Sciences Po. 2013;286-297.
252. Légifrance. (page consultée le 08/11/2021). LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
253. Pierron Jean-Philippe. JP. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé*. 2007; 25(2): 43-66.
254. Franceinfo. (page consultée le 10/11/2021). Un gynécologue parisien, spécialiste de l'endométriose, accusé de violences par plusieurs patientes. [en ligne]. https://www.francetvinfo.fr/societe/harcelement-sexuel/enquete-franceinfo-un-grand-specialiste-parisien-de-l-endometriose-accuse-de-violences-sur-plusieurs-patientes_4780313.html
255. Le Figaro. (page consultée le 10/11/2021). Un grand gynécologue parisien accusé de violences par plusieurs patientes. [en ligne]. <https://www.lefigaro.fr/faits-divers/un-grand-gynecologue-parisien-accuse-de-violences-par-ses-patientes-20210923>
256. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*. 2003; 11(3):59-79.
257. Fauquette A. Quand les professionnels de santé jouent aux instituteurs. Analyse ethnographique de deux dispositifs d'éducation thérapeutique du patient. *SociologieS. Premiers Texte*, 2019.
258. Rodríguez-Ruiz B, Boisset. A. Dépasser le patriarcat : la construction de la citoyenneté comme altruïté. *Nouvelles Questions Féministes*. 2015; 34(2):41-63.
259. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations*. 2012; 39(3):13-25.

260. Lalande A. Savoirs « profanes » et savoirs « savants » : jeux de miroir dans le cabinet médical ». Nouvelle revue de psychosociologie. 2016; 21(1):75-84.
261. Monnet C. La répartition des tâches entre les femmes et les hommes dans le travail de la conversation. Nouvelles Questions Féministes. 1998; 19(1):9-34.
262. Castel P. Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. Revue française de sociologie. 2005; 46(3):443-467.
263. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. 10^e ed. PUF : Ed. Quadrige; 2006.
264. Herzlich C. Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social. Dans : Augé M, Herzlich C (dir.) Le Sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Paris : Archives contemporaines ; 1985 : 189-216.
265. Rossella G. Le corps féminin entre science et culpabilisation. Autour d'une histoire de la cellulite. Travail, genre et sociétés. 2004; 12(2):55-75.
266. Kérisit M, Pennec S. La « mise en science » de la ménopause. Cahiers du Genre. 2001; 31(2):129-148.
267. Löwy I, Gaudillière JP. Médicalisation de la ménopause, mouvements pour la santé des femmes et controverses sur les thérapies hormonales. Nouvelles Questions Féministes. 2006; 25(2):48-65.
268. Robert Wilson (1966), cité dans: Delanoë, Daniel. La ménopause comme phénomène culturel. Champ psychosomatique. 2001; 24(4):57-67.
269. Charlap C. La fabrique de la ménopause. [Thèse de Doctorat en Sociologie]. Strasbourg : Université de Strasbourg. École Doctorale Sciences Humaines et Sociales ; 2015.
270. Gendron C. La médicalisation de la ménopause et ses conséquences. Fatou Sow éd., La recherche féministe francophone. Langue, identités et enjeux. Karthala. 2009;405-420.
271. MENEDEZ Emilio, Participacion social ? Para que ? Ed. Libro Editorial 2006. Cité dans: Les déclics du genre. Genre & promotion de la santé. Le monde selon les femmes, 2018.
272. Manaouil C. La relation sage-femme/patiente peut-elle être violente ? La revue sage-femme. 2018; 17(6):261-271.
273. HCE. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme. [en ligne]. 2018 [consulté le 10/11/2021]. Disponibilité sur internet : https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf
274. ZAVA Med. (page consultée le 10/11/2021). Enquête ZAVA : Crainte et expérience du jugement dans l'accès au soin. 2017. [en ligne]. <https://www.zavamed.com/fr/etude2017-crainte-experience-jugement-francais.html>
275. Tumblr. (page consultée le 10/11/2021). Payetongynéco. [en ligne]. <https://payetongyneco.tumblr.com>
276. Instagram. (page consultée le 10/11/2021). Balance ton utérus. [en ligne]. <https://www.instagram.com/balancetonuterus/?hl=fr>

277. Déchalotte M. Le livre noir de la gynécologie. Maltraitements gynécologiques et obstétricaux: libérer la parole des femmes. Paris: First; 2017.
278. Froidevaux-Metterie C. Le corps des femmes : la bataille de l'intime. Paris: Philosophie Magazine ; 2018.
279. Mardon A. Honte et dégoût dans la fabrication du féminin: L'apparition des menstrues. Ethnologie française. 2011; 41:33-40.
280. Slate. (page consultée le 14/11/2021). Lecoq T. L'invisibilisation des femmes de plus de 50 ans, un signe éclatant de la misogynie de notre société. [en ligne]. <http://www.slate.fr/story/217812/invisibilisation-femmes-plus-50-ans-misogynie-societe-corps-fertilite>
281. Froidevaux-Metterie C. Chapitre IX. Phénoménologie du féminin. La révolution du féminin. sous la direction de Froidevaux-Metterie Camille. Gallimard. 2020;334-386.
282. Gindre J. Représentations, vécu et information des femmes concernant la ménopause et son traitement hormonal Etude qualitative réalisée auprès de 13 femmes ménopausées à l'aide d'entretiens semi-dirigés. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon. UFR de Médecine; 2009.
283. Buinoud E. Vécu et représentations de la ménopause. Etude qualitative à partir de 14 entretiens. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon; 2019.
284. Tomaszek V. Comment s'informent les femmes sur la ménopause et quelles sont leurs attentes vis-à-vis de leur médecin traitant sur le sujet ? [Thèse de Doctorat en Médecine]. Paris : Université Paris-Diderot-Paris 7. Faculté de médecine; 2016.
285. Guyard L. La médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique. [Thèse de Doctorat en Sociologie]. Paris: Université Paris X Nanterre; 2008.
286. Waymel M, Pitiot P. Adolescente, sexualité, médecin généraliste, attentes et besoins: quelle place pour le médecin généraliste ? [Thèse d'Exercice de Médecine Générale]. Montpellier: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2019.
287. Rose J. Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale. [Thèse de doctorat en Médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux. UFR des sciences médicales; 2017.
288. Tartu N. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale : Etude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Rennes: Université de Rennes; 2016.
289. Fleury A. Les représentations de la Santé sexuelle chez les médecins généralistes : un frein à une approche globale et positive de la santé sexuelle ? [Thèse de Doctorat en Médecine]. Marseille: Aix-Marseille Université. Faculté des Sciences Médicales et paramédicales; 2019.
290. Baurain M. Parlons sexualité ! Les médecins généralistes sont-ils prêts à améliorer leur abord de la santé sexuelle avec leur patients ? [Thèse de Doctorat en Médecine]. Nice: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2018.

291. Chambelland ML. Exploration des difficultés des internes en médecine générale pour communiquer en santé sexuelle avec les patients. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Poitiers: Université de Poitiers. Faculté de Médecine et Pharmacie; 2015.
292. Borel A, Mertz E. Élaboration par méthode Delphi® du contenu d'une formation à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale, destinée aux internes de médecine générale, et réflexion sur sa forme. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Grenoble: Université Grenoble Alpes. UFR de Médecine de Grenoble; 2019.
293. Chaperon S. « Le trône des plaisirs et des voluptés » : anatomie politique du clitoris, de l'Antiquité à la fin du XIXe siècle. Cahier d'Histoire. Le corps, territoire politique. 2012; 118:41-60.
294. Chevalley M. État des lieux des connaissances de l'anatomie et de la physiopathologie du clitoris chez les médecins en France : étude quantitative transversale auprès de 1168 médecins. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Strasbourg: Université de Strasbourg Faculté de Médecine de Strasbourg; 2021.
295. Vulca F. L'hétéronormativité. Fondation Copernic éd., Manuel indocile de sciences sociales. Pour des savoirs résistants. La Découverte. 2019;798-804.
296. Chetcuti N. Hétéronormativité et hétérosocialité. Dans: Raison présente. Sexualités, normativités. 2012; 183:69-77.
297. Giles C. Le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Déterminants, enjeux, perspectives. [Mémoire de Diplôme d'État de sage-femme]. Paris: Université Paris Descartes. Faculté de Médecine de Paris. École de sage-femme de Baudelocque ; 2018.
298. Meyer V. La santé sexuelle et le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes : état des lieux via une étude qualitative en France. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Strasbourg: Université de Strasbourg. Faculté de Médecine de Strasbourg; 2020.
299. Ottavioli P. Différences de suivi gynécologique et visibilité des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes: enquête de pratique auprès de médecins généralistes rhônalpins. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Grenoble: Université Grenoble Alpes. UFR de médecine de Grenoble; 2019.
300. Giles C. Suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Sages-femmes. 2020; 1.
301. Ehrenreich B, English D. Sorcières, Sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes soignantes. Page 59. Paris: Cambourakis; 2014.
302. L'influx. (page consultée le 06/06/2021). FGrignoux. Corps de femmes, corps à part ? [en ligne] <http://www.linflux.com/monde-societe/genre/corps-de-femme-corps-a-part/>
303. Lanouzière J. Hystérie et féminité. Catherine Chabert éd., Les névroses. Traité de psychopathologie de l'adulte. Dunod. 2013;59-142.
304. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. [en ligne]. 2013 [consulté le 10/11/2021]. Disponibilité sur internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf

305. Brosset AO. Comment les femmes intègrent-elles la prise de leur conception orale oestro-progesttative dans leur quotidien, s'appropriant les contraintes et les avantages? [Thèse de Doctorat en Médecine]. Strasbourg: Université de Strasbourg. Faculté de Médecine de Strasbourg; 2020.
306. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, et al. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population et Sociétés*. 2014; 511(5) :1-4.
307. Ventola C. Prescrire, proscrire, laisser choisir : autonomie et droits des usager.e.s des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines. [Thèse de Doctorat en santé publique, spécialité sociologie.] Paris: Université Paris Saclay; 2017.
308. Thomé C. D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes. Entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin. *Sociétés contemporaines*. 2016; 104(4): 67-94.
309. Bozon M. Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Le garçon sans frein et la fille responsable. *Presses de Sciences Po*. 2021; 60:121-134.
310. Sudouest. (page consulté le 10/11/2021). Santé sexuelle : l'amendement d'une députée girondine élargit les consultations gratuites aux 15-25 ans. [en ligne]. <https://www.sudouest.fr/politique/sante-sexuelle-l-amendement-d-une-deputee-girondine-elargit-les-consultations-gratuites-aux-15-25-ans-6707090.php>
311. Tartare C. La méthode BERCER lors de la primo-prescription de pilule Étude réalisée auprès de femmes de 20-24 ans. [Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-femme]. Lille: Université Lille 2. Ecole de Sages-femmes du CHRU de Lille; 2018.
312. Osez Le Féminisme. (page consultée le 10/11/2021). A notre santé. Pour une sante féministe des filles et des femmes. Résultats de l'enquête sur la prise en charge médicale des filles et des femmes.. [en ligne]. <http://anotresantee.olf.site/resultats-enquete-prise-en-charge-filles-femmes/>
313. ISNI. Hey Doc, les études médicales sont-elles vraiment sexistes? Enquête égalité femme-homme.. [en ligne]. 2017 [consultée le 18/11/2021). Disponibilité sur internet : https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/02/Etude-sexisme-ISNI_102017.pdf
314. Auslander V. Omerta à l'hôpital: le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé. Paris: Michalon ; 2017.
315. Guyard L. Sexualité féminine et consultation gynécologique: la part évincée du plaisir. cité page 56.. *Nouvelles Questions Féministes*. 2013; 29(3):44-57.
316. Vola C. Impact des groupes d'autogynécologie sur la santé globale et gynécologique des participant.es et mise en relation avec une consultation gynécologique en soin primaire. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Strasbourg: Université de Strasbourg. Faculté de Médecine de Strasbourg ; 2021.
317. Quéré L. Les formes ordinaires du consentement. *Consciences du droit dans la consultation gynécologique*. *Droit et société*. 2019; 102(2):413-432.
318. Richard J, Mc Murray MD, Oscar W, Clohan D, et al. Gender Disparities in Clinical Decision Making. *JAMA*. 1991; 266(4):559-562.

319. Kelly L, Guilfoyle J, St-Pierre-Hansen. Préjugés en médecine: Notre rôle dans les inégalités en matière de santé. *Can Fam Physician*. 2008; 54(11):1518–20.
320. Osez Le Féminisme. (page consultée le 10/11/2021). A notre santé. Pour une sante féministe des filles et des femmes. Résultats de l'enquête sur la prise en charge médicale des filles et des femmes.. [en ligne]. <http://anotresantee.olf.site/resultats-enquete-prise-en-charge-filles-femmes/>
321. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, et al. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population et Sociétés*. 2014; 511(5) :1-4.
322. Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes. Rapport annuel sur l'état des lieux du sexisme en France en 2019. [en ligne]. 2020. [consulté le 10/11/2021]. Disponibilité sur internet : https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_etat_des_lieux_du_sexisme_2019-2.pdf
323. Carney S, Gillies A, Niddrie J. Sex bias in the treatment of chronic renal failure: does the Yentl syndrome really exist? *Med J Aust*. 1994; 161(6):400.
324. ReprésenTRANS. (page consultée le 21/10/2021). Représenter les transidentités autrement. [en ligne]. <https://representrans.fr/lexique/heteronormativite-heterocentrisme/>
325. Dictionnaire Larousse. (page consultée le 10/10/2021).Patriarcat. [en ligne] <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/patriarcat/58689>
326. Palmieri J. Bon Chic Bon Genre. [en ligne]. [consulté le 10/10/2021]. Disponibilité sur internet : https://www.laroquebrussanne.fr/images/stories/Le_cercle_des_savoirs/Podcasts/Diapositive%20genre%20déc%202019.pdf
327. Ciaroni S. La maladie coronaire chez la femme est-elle si différente de celle de l'homme ? 2013; 9: 494-7.
328. Davesne R. La participation des femmes dans les essais cliniques. Le sexe féminin sous représenté peut-il entraîner des conséquences sur la prise en charge et le traitement des femmes? [Master Ingénierie de la Santé, spécialité Healthcare Business et Recherche Clinique Parcours Recherche Clinique]. Lille: Université de Lille; 2018.
329. Lévy I. Genèse 3, 16. Cité dans: La douleur : signification, expression, syndrome méditerranéen. 2013; 28(4):215-219.
330. Oummi Maternelle. (page consultée le 07/11/2021). L'adultisme, qu'est-ce que c'est? Comment l'éviter?. [en ligne]. <https://www.oummi-materne.com/ladultisme-quest-ce-cest-comment-leviter/>
331. Maximag. (page consultée le 18/10/2021). L'empowerment féminin, focus sur ce mouvement sociétal. [en ligne]. <https://www.maxi-mag.fr/societe/actualite/lempowerment-feminin-focus-sur-ce-mouvement-societal.html>
332. Le Journal Toulousain. (page consultée le 06/08/2021). Carpentier-Goffre L, Belaubre N. La culture du viol, ou comment le sexisme ordinaire favorise les agressions sexuelles. [en ligne]. <https://www.lejournaltoulousain.fr/le-dossier/culture-viol-comment-sexisme-ordinaire-favorise-agressions-sexuelles-121809/>

333. Gynandco. (page consultée le 08/11/2021). Trouver un-e soignant-e. [en ligne] <https://gynandco.wordpress.com/trouver-une-soignante-2/liste-des-soignantes/>
334. Larousse. (page consultée le 09/11/2021). Twitter. [en ligne] <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/Twitter/187321>
335. Wikipédia. (page consultée le 09/11/2021) Intersectionnalité. [en ligne] <https://fr.wikipedia.org/wiki/Intersectionnalité>
336. Wikipédia. (page consultée le 09/11/2021). Syndrome Méditerranéen. [en ligne]. https://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome_méditerranéen
337. Universalis. (page consultée le 09/11/2021). Théorie des humeurs. [en ligne]. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/theorie-des-humeurs/>
338. Wikipédia. (page consultée le 09/11/2021) Intersectionnalité. [en ligne] <https://fr.wikipedia.org/wiki/Intersectionnalité>
339. Youtube. (page consultée le 12/11/2021). Genre et Santé : question éthique ou politique ? [en ligne] <https://www.youtube.com/watch?v=D1SYRtjyzfE>
340. SFSIC. (page consultée le 12/11/2021). Ignorance scientifique, ignorance de genre ? La construction genrée des problèmes de santé publique. [en ligne]. <https://www.sfsic.org/aac-evenement/ignorance-scientifique-ignorance-de-genre-la-construction-genree-des-problemes-de-sante-publique/>
341. Outil d'aide à la scénarisation. (page consultée le 14/11/2021). Approche par problèmes Qu'est-ce que l'approche par problèmes? [en ligne]. <https://aide.ccdmd.qc.ca/oas/fr/node/120>
342. Grossophobie. (page consultée le 09/10/2021). C'est quoi la grossophobie ? [en ligne]. <https://grossophobie.ca/cest-quoi-la-grossophobie/>
343. Guardiola A. Hypersexualisation, quelques repères pour une définition partagée. [en ligne]. [consulté le 14/11/2021] Disponibilité sur internet : <https://www.eure-et-loir.gouv.fr/content/download/20424/140506/file/Guardiola.pdf>
344. Quebec. (page consultée le 09/10/2021). Conséquences des stéréotypes sur le développement. Effets de l'hypersexualisation. [en ligne]. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/developpement-des-enfants/consequences-stereotypes-developpement/effets-hypersexualisation>
345. Agir Par La Culture. (page consultée le 06/11/2021). Mourin B, Belayew C. Mon corps de femme : un territoire à reconquérir ? [en ligne]. <https://www.agirparlaculture.be/mon-corps-de-femme-un-territoire-a-reconquerir/>
346. Instagram. (page consultée le 06/11/2021). Mes Presques Riens. [en ligne]. <https://www.instagram.com/mespresquesriens/?hl=fr>
347. Podcast Ausha. (page consultée le 07/11/2021). Mon Post-Partum. Dalila, le deuil identitaire chez la mère en psychologie. [en ligne]. <https://podcast.ausha.co/mon-post-partum/hors-se-rie-1-dalila-le-deuil-identitaire-chez-la-me-re-en-psychologie>

348. Donath O. Le Regret d'être mère. Paris: Odile Jacob; 2019.
349. Emmaclit. (page consultée le 23/06/2021). Fallait demander. [en ligne]. <https://emmaclit.com/2017/05/09/repartition-des-taches-hommes-femmes/>
350. Evidence-Based Medicine La médecine fondée sur les preuves tutoriel. Université Paris Descartes.. [en ligne]. 2014. [consulté le 11/11/2021]. Disponibilité sur internet : <https://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/medecine-formation-ebm-tutoriel-biusante.pdf>
351. HAS. (page consultée le 12/11/2021). Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans. [en ligne]. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
352. IFOP. Les Défenseurs des droits. Enquête sur le harcèlement sexuel au travail. [en ligne]. 2014 [consulté le 14/11/2021]. Disponibilité sur Internet : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_etu_201403_01_harcelement_sexuel_enquete_0.pdf
353. Conrad, 1992, 211. Cité dans: Ventola C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. Genre, Sexualité & Société. 2014; 12.
354. Viel H. L'implication des hommes dans la contraception. [Mémoire pour l'obtention du diplôme d'État de Sage-femme]. Caen: Université de Caen. École de sages-femmes; 2016.
355. Instagram. (page consultée le 10/11/2021). Paie Ta Contraception. [en ligne]. <https://www.instagram.com/paietacontraception/?hl=fr>
356. RTL. (page consultée le 10/11/2021). Débat autour du toucher vaginal pratiqué sans consentement par les étudiants en médecine. [en ligne]. <https://www.rtl.fr/actu/debats-societe/debat-autour-du-toucher-vaginal-pratique-sans-consentement-par-les-etudiants-en-medecine-7776460950>
357. Fraih E. Tonus, fresques, Internat et « entre- soi » : que reste-t-il de l'esprit carabin et du folklore de l'internat pour les internes de Rennes en 2016 ? [Thèse de Doctorat en Médecine]. Rennes: Université de Rennes; 2016.
358. Wikipédia. (page consultée le 20/10/2021). Body Positive. [en ligne]. https://fr.wikipedia.org/wiki/Body_positive

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : PACE

Prénom : Angelina

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :



A Niederbrunn, le 25/10/2021

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ

Regard des soignant-es sur leurs patient-es femmes : du stéréotype de genre à la violence médicale. Étude qualitative du vécu de vingt patient-es perçu-es comme femmes.

Introduction : Notre système de santé promeut l'égalité des soins pour tous les individus quel que soit leur genre. Cependant, les constructions socioculturelles stéréotypées des rôles et comportements attribués aux femmes ont un impact certain sur leur santé et leur parcours de soins. En effet, comme dans toute interaction sociale, le système patriarcal de notre société et les violences sexistes qui en découlent s'immiscent dans la relation de soins, au détriment des patient-es perçu-es comme femme.

Objectif : Décrire les violences médicales liées aux stéréotypes de genre vécues par les patient-es perçu-es comme femmes dans leur parcours de soins.

Matériels et méthodes : 20 entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre décembre 2020 et février 2021 auprès de patient-es perçu-es comme femme. Ils ont bénéficié d'un double codage et d'une analyse qualitative phénoménologique selon le principe de la théorisation ancrée.

Résultats : Une « pyramide de violences » vécues dans les soins a pu être modélisée, allant de la banalisation du sexisme aux violences explicites imprégnées de la culture du viol, en passant par les propos porteurs de jugements négatifs, la discrimination sexiste dans la recherche scientifique et le soin, mais également par la réification des patient-es et leur privation d'autonomie. Les interrogé-es ont en effet pu décrire le sentiment d'être dépossédé-es de leurs identités, de leurs corps et des décisions les concernant, que ce soit lorsqu'ils sont confronté-es aux injonctions sociétales associées à la « féminité » et aux violences sexistes perpétuées par certain-es soignant-es, mais aussi au contrôle normatif exercé par la médecine sur leur santé reproductive. Ce dernier, parfois vécu comme une surmédicalisation, semblerait définir leurs corps « féminins » comme « pathologiques » et « non fiables », entraînant avec lui une déresponsabilisation croissante des soigné-es vis-à-vis de leur santé. Au contraire, les interrogé-es aspirent, dans un processus d'*empowerment*, à se réapproprier leur corps et les savoirs qui lui sont associés. Iels peuvent cependant se heurter à une figure de soignant-e « tout-puissant-e », ainsi qu'à un « entre-soi masculin » très présent au sein de la profession, majorant leurs difficultés à revendiquer leurs droits ; d'autant plus dans la situation de vulnérabilité que représente la nécessité de soins. Une véritable défiance de groupe semble aujourd'hui exister envers une partie du corps soignant, non sans conséquences sur leurs recours aux soins. Leurs stratégies de défense sont multiples, de la résignation et l'acceptation, au renoncement de soins, en passant par l'évitement des soignants masculins et la création d'une sororité entre soigné-es. De plus en plus privilégient ainsi les soignant-es femmes, avec qui iels semblent partager cette sororité et se sentir plus en sécurité. Les interrogé-es ont aussi su choisir leurs soignant-es sur des critères déontologiques.

Conclusion : L'exercice de la médecine n'est pas neutre. De nombreuses constructions sociales genrées influencent la pratique de soin des soignant-es et leurs attitudes vis-à-vis des patient-es perçues comme femmes. Il en va de leur responsabilité d'en prendre conscience et de s'interroger sur leurs propres a priori et comportements stéréotypés, sans quoi les violences sexistes et les violences en général dans le domaine du soin ne cesseront de perdurer. Les interrogé-es portent particulièrement leurs espoirs sur la « nouvelle » génération de professionnel-les de santé, qui, iels l'espèrent, permettront une évolution bénéfique de la relation de soin.

Rubrique de classement : **MÉDECINE GÉNÉRALE**

Mots-clés : **Médecine générale, Santé des femmes, Sexisme, Stéréotypes de genre, Violences médicales.**

Président : **Professeur DERUELLE Philippe**

Assesseur-es : **Docteure BETTAHAR Karima**

Docteure LE CORRE Virginie

Docteure FRAIH Élise (co-directrice)

Docteur SCHMITT Yannick (co-directeur)

Autrice : **PACE Angéline**