

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2021

N° : 97

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État Mention : **MÉDECINE GÉNÉRALE**

PAR

Camille VOLA

née le 22/11/1991

à Strasbourg

**IMPACT DES GROUPES D'AUTO-GYNÉCOLOGIE SUR LA SANTÉ GLOBALE ET
GYNÉCOLOGIQUE DES PARTICIPANT.ES ET MISE EN RELATION AVEC UNE
CONSULTATION GYNÉCOLOGIQUE EN SOIN PRIMAIRE**

Président de thèse : **Philippe DERUELLE, Professeur**

Directrice de thèse : **Claire DUMAS-BREITWILLER, Docteure**



Faculté de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **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. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition OCTOBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

**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 Séiamak 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)

PO218

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0188	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 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 Seiamak P0005	NRP6 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)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 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	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 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	NRP6 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 / PO215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CALLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03	Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	<u>Anesthésiologie-Réanimation</u> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 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	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Hautepierre	50.02	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0210	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01	<u>Hématologie</u> ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 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	NRP6 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-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0206	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	NRP6 CS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 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
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	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 - Service 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 maxillo-faciale, 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 Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY 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 Haute-pierre	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 / Hôp. de Haute-pierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
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
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital 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 Hépato-digestif 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-chirurgicale 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
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 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	C Dp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• 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	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 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	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 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	NRP6 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 / Fac de Médecine	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0180	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP - Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : 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 sumombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En sumombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6)

(6) En sumombre 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	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatodigestif Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

MO135 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
AGIN Arnaud MO001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina MO003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine MO109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle MO117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie MO008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille MO091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier MO092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline MO129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël MO113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto MO118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène MO124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERAILINE Jocelyn MO012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe MO014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas MO018		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim MO017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste MO130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier MO019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra MO131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal MO021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina MO024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey MO034		• 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
FILISSETTI Denis MO025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack MO027		• 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 MO132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GRILLON Antoine MO133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric MO032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien MO125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura MO119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice MO033		• 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
JEHL François MO035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
KASTNER Philippe MO089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
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
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-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)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre 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 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
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 Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service 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 / Nouvel Hôpital Civil	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 Hautepierre	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
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 / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0108		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	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)

NOM et Prénoms	C5*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
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
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	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 ZAŁOSZYC 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 BONAHE Christian	P0186	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)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

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

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

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 GROS-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
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	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • 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 septembre 2018 au 31 août 2021)*
 Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique)
- 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)*
 BELLOCO Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

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)
Pr ^e RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

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

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.85.35.20 - Fax : 03.88.85.35.18 ou 03.88.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

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

- 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 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 ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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 **Professeur Philippe Deruelle**, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez accepter toute ma reconnaissance pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

Au **Professeur Gilles Bertschy**, vous avez accepté sans hésiter de juger mon travail. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

Au **Professeur Christian Bonah**, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre du jury de cette thèse. Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de ma sincère gratitude.

À **la Docteure Juliette Chambe**, vous avez accepté de rejoindre ce jury et je vous suis extrêmement reconnaissante. Vous avez su me guider lors de mes études et dans mon apprentissage de médecin généraliste.

Monsieur Nils Kessel, vous me faites l'honneur d'avoir accepté de faire partie du jury, votre regard sur mon travail est un véritable honneur.

À ma directrice de thèse,

À **Claire Dumas-Breitwiller**, tu as su m'accompagner tout au long de ce long travail. Je te remercie grandement pour ta patience, ton recul et ta clairvoyance.

Aux personnes qui ont participé à cette thèse

Je vous remercie de m'avoir fait confiance et d'avoir voulu partager votre force. Ce travail sans vous n'aurait pas été possible.

A mes proches,

À mes parents, **Maman, Papa**, vous me donnez la force nécessaire pour croire en moi et essayer d'accomplir mes rêves à contre-courant. Je vous aime de toutes mes forces.

À mon frère, **Grégoire**, tu me fais toujours autant rire malgré les épreuves traversées et tu ne cesses de m'éblouir par ton intelligence et ta sensibilité. À **Violette**, ta fraîcheur est une force magnifique.

À **ma mamie**, tu continues à me donner de précieux conseils et tu me fascines par ton indépendance d'esprit.

À **Pierre-Olivier Lemarié**, tu illumines ma vie, me donnes de la force, m'impressionnes par ton intelligence et me permets de devenir une personne meilleure. La vie à tes côtés est tellement belle et folle. Tu es la meilleure *team* que je puisse imaginer.

À **Louenn, Marion, Tristan**, vous êtes ma famille de cœur si précieuse.

Aux filles, si chères à mon cœur, **Apolline, Clothilde, Élise, Magali, Ségolène**, vous m'avez accompagné depuis de nombreuses années, vous m'avez porté et guidé. Votre force, votre joie et votre amour me sont tellement importants.

À ma filleule, **Rose**, et à **Thomas**, vous êtes dans mon cœur partout où je vais.

À mes colloc', **Ann-Gaëlle, David, Quentin, Sara, Zoé**, vous m'avez permis de créer de magnifiques rêves.

À mes pingouins, ami.es de voyage, que je ne vois pas aussi souvent que j'aimerais mais que j'ai gravé à jamais dans mon cœur, **Nina, Raoul, Sophie**.

Aux ami.es de primaire, de lycée et de faculté, si particulier.es et uniques, merci de faire partie de ma vie, **Ann-Lise, Anne-So, Ady, Alex, Arti, Carla, Caro, Céliette, Charlotte, Fafa** - allons changer le monde ! -, **Gillou, Hélène, Hervé, Jocelyne, Julie, Kévin, Kévinou, Lau', Michel, Mimi, Oriane, Perrine, Simon, Thibaut, Tim**.

À mes ami.es d'ostéo, grâce à vous les études ont été dingues, **Édouard, Élo** - grâce à qui j'ai trouvé le sujet de thèse qui me correspondait ! -, **Fiona, Gautier, J-C, Marion** - on attend votre retour avec impatience ! -, **Pépé, Pierre, Popit'** - j'adore affûter mon esprit avec le tien !

Aux voisin.es, vous êtes devenu.es de véritables ami.es, **Éric, Léon, Nina, Perrine**.

À ma famille, **Bénédicte, Nicolas, Pascal**, je vous remercie d'être là.

Aux co-internes et à ma super sénioire, vous avez su remplir ce parcours de joie, **Aurore, Marie, Mylène, Romain, Yasmina**.

À **Colette, Gérard, Tomi**, vous avez grandement contribué à qui je suis aujourd'hui et vous avez toujours une énorme place dans mon cœur.

Aux ami.es de la famille, vous avez guidé ma route, **Anna-Maria, Anne** - tu restes toujours près de moi -, **Catherine, Dodo, José, Martine, Philippe Martin, Philippe Vigouroux**.

Aux personnes du planning familial de Strasbourg, grâce à vous cette thèse et ma manière d'accompagner les personnes se sont enrichies, **Amina, Anaïs, Anne, Claire, Francesca, Jess, Lauren, Ouarda**.

Au **Docteur Fabrice Quilliou**, vous avez illuminé mon parcours de soignante grâce à votre folie, votre rigueur et votre ouverture d'esprit.

Aux personnes qui m'ont accordées leur confiance et m'ont aidées dans ce travail de thèse, **Ariane, Caroline** – grand grand merci pour cette énorme travail de toilettage que tu as fait ! -, **Lucile Ruault, Magou** - merci pour ton regard toujours bienveillant -, **Muriel Salle, Philippe**.

À celles et ceux qui m'ont hébergé.es au fond de la vallée, **Fabienne, Jean dit Jean-Luc, Thomas**.

À l'équipe de Bellefontaine, **Alexandra, Amandine**, - merci les filles pour ces repas sushis ! - **Annie, Cosmin**, La **super équipe de kiné qui-donne-la-patate**, Les IDEC - **Marinette, Mickaël, Tiphane** -, Les **infirmières et soigant.es** formidables de patience et de courage - **Lucie**, ton rire me soutient dans les moments difficiles -, **Madame Brecko, Nahed** - avec ta spontanéité et tes gâteaux remplis d'amour.

À celles qui ont permis de rester dignes face à la violence du système et de ses loups, **Léa Scarpel, Marie, Myriam**.

Aux pompiers de Schilick, qui m'ont appris l'esprit d'équipe et la ténacité, **Adèle, Anne-Sophie, Fabrice, Jean-Mimi, Jérôme** - et tes merveilleux macarons -, **Micke, Myriam, Néhémie, Sandy, Stéphane** - qui m'a appris tant de choses.

Aux **personnes de l'auto-gynécologie révolutionnaire** de Strasbourg, vous m'avez permis de croire dans la force du collectif et de l'adelphité.

Aux héroïnes et héros du quotidien, **Claudine, Eldran, Jean Machmoul, Junon, Micheline** - partie trop tôt -, **Ondine, Stéphane**.

Table des matières

PRÉAMBULE.....	25
INTRODUCTION.....	26
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	29
I. Choix de la méthode.....	29
A. Méthode qualitative.....	29
B. Entretien individuel semi-dirigé.....	29
C. Guide d'entretien.....	30
II. Constitution de l'échantillon.....	30
A. Population étudiée.....	30
B. Mode de recrutement.....	31
III. Conditions de réalisation de l'étude.....	31
A. Cadre de réalisation.....	31
B. Éthique.....	31
C. Les modalités d'entretien.....	32
IV. Retranscription et analyse des données.....	32
A. Retranscription.....	32
B. Analyse des données.....	32
V. Méthode bibliographique.....	34
RÉSULTATS.....	35
I. Les caractéristiques des personnes participant à des groupes d'auto-gynécologie.....	35
A. Concernant les entretiens et les personnes interviewées.....	35
1. Caractéristiques des personnes interrogées.....	35
2. Sur l'analyse des données.....	36
B. Concernant le parcours gynécologique.....	37
1. Le suivi des usager.es.....	37
2. Les maltraitances et violences gynécologiques et leurs conséquences.....	37
a. Les différents types de maltraitances rapportés.....	37
- des maltraitances physiques.....	37
- des maltraitances psychologiques.....	38
- des injonctions et des jugements.....	39
- des méconnaissances et des mésinformations.....	40
b. Les conséquences liées aux maltraitances.....	41
- l'impact des maltraitances.....	41
- les réactions suite à ces maltraitances.....	42
c. Les autres critiques du système de santé.....	43
C. Le sexisme au quotidien.....	44
1. Les normes sur la sexualité et la médicalisation du corps des femmes.....	44
2. La sociabilisation genrée.....	45
3. Le sexisme au travail.....	45
II. La constitution des groupes et la pratique collective.....	46
A. L'intégration aux groupes d'auto-gynécologie.....	46
1. Un lien historique.....	46
2. Pourquoi ces personnes intègrent-elles les groupes d'auto-support ?.....	46
3. Par quel biais les groupes sont-ils intégrés ?.....	48
B. La pratique collective.....	48
1. Les activités pratiquées dans les groupes et les buts recherchés.....	48
2. La perception des groupes.....	51

C. Quelle suite donner aux ateliers ?.....	52
III. L'impact des groupes d'auto-gynécologie.....	53
A. L'impact sur le suivi gynécologique institutionnel.....	53
1. Sur la fréquence et le type de professionnel.le choisi.....	53
2. Sur les motifs de consultation et l'abord des problèmes gynécologiques.....	54
3. Sur la relation de soin.....	56
B. L'impact des groupes sur le corps.....	59
1. Sur le corps physique.....	59
2. Sur le plan psychologique.....	61
3. Sur le corps social.....	63
C. L'impact des ateliers sur la vie gynécologique.....	63
1. Sur la sexualité.....	63
2. Sur le cycle menstruel.....	66
3. Sur la contraception.....	67
4. Concernant les accouchements et l'avortement.....	68
D. L'impact des groupes sur les connaissances gynécologiques.....	69
1. Critiques sur la transmission du savoir.....	69
2. Modification des ressources utilisées après la participation aux ateliers.....	71
3. Sur l'avidité de connaissances.....	72
E. Les impacts en dehors de la sphère gynécologique.....	73
1. Un gain en autonomie.....	73
2. Sur les relations humaines.....	75
3. Sur ses propres pratiques professionnelles.....	76
IV. Les différences avec le suivi institutionnel.....	77
A. Comparaison entre les deux systèmes.....	77
1. Complémentarité des deux démarches.....	77
2. Les différences dans le cadre.....	78
3. Les différences dans la relation.....	79
B. Une consultation idéale.....	82
1. Des souhaits pour la consultation gynécologique.....	82
2. Des attentes médicales.....	83
DISCUSSION.....	85
I. Les forces et les limites de l'étude.....	85
A. Forces de l'étude :.....	85
1. Un phénomène de société.....	85
2. Validité interne et externe.....	85
3. Concernant la population étudiée.....	86
4. Les entretiens individuels semi-dirigés.....	86
B. Les limites.....	87
1. Un échantillon limité.....	87
2. Biais de sélection.....	87
3. Biais de mémorisation.....	88
4. Biais d'enquêtrice.....	88
II. Réflexions autour des résultats.....	89
A. Un corps méconnu.....	89
1. La méconnaissance de son corps.....	90
2. La recherche de savoir et les facteurs favorisant la connaissance.....	91
a. La transmission de savoirs.....	91
b. Une transmission insuffisante.....	91
3. L'intérêt d'avoir une bonne connaissance de son corps.....	92

B. La médicalisation du corps des personnes avec une vulve et un vagin.....	94
1. Un suivi médical de la puberté à la ménopause.....	95
a. La fréquence du suivi gynécologique.....	95
b. La grossesse et l'accouchement.....	97
2. La construction de normes au sein de la consultation gynécologique.....	98
a. L'hétéronormativité.....	98
b. La sexualité et le plaisir.....	99
C. Les cas des maltraitances en gynécologie.....	100
1. Ce qui définit une maltraitance.....	101
2. Les conséquences des maltraitances.....	102
3. À l'origine de ces maltraitances.....	103
D. Les ateliers d'auto-gynécologie, un outil de réappropriation.....	104
1. Une pratique collective de réappropriation dans la lignée des années 1970.....	105
a. Une pratique collective de partage.....	105
b. Une pratique permettant l' <i>empowerment</i>	106
2. L'importance du savoir expérientiel.....	107
a. Les limites de l' <i>Evidence based medicine</i>	107
b. Le savoir expérientiel.....	109
c. Les mouvements féministes comme producteurs de connaissances.....	110
E. Comment diminuer les inégalités de genre et les autres discriminations en santé.....	111
1. Pour une santé plus inclusive.....	112
a. Lutter contre les discriminations à une échelle plus globale.....	112
b. La formation médicale, un pilier de lutte.....	113
c. Au sein de la consultation.....	114
2. D'autres pistes pour une gynécologie bienveillante.....	115
a. Promouvoir l'autonomie et l'auto-gynécologie.....	115
b. Développer la gynécologie en médecine générale.....	117
CONCLUSION.....	119
BIBLIOGRAPHIE.....	122
ANNEXES.....	135
Annexe 1 : Validation du comité d'éthique de l'Université de Strasbourg.....	135
Annexe 2 : Lettre d'informations et recueil de consentement de participation à l'étude..	136
Annexe 3 : Guide d'entretien initial.....	138
Annexe 4 : Guide d'entretien final.....	140
Annexe 5 : Exemple de retranscription.....	143
Annexe 6 : Caractéristiques de la population.....	144
Annexe 7 : Caractéristiques du parcours gynécologique des participant.es.....	147
Annexe 8 : Le corps de la femme à travers l'Histoire, de la Grèce antique aux années 1930	148
.....	
Annexe 9 : Les matrones, les sages-femmes et les gynécologues.....	151
Annexe 10 : Les inégalités de genre en santé.....	153
a. La non-prise en compte des différences de genre : le cas des études cliniques.....	153
b. Une prise en compte différente en fonction du genre : le syndrome de Yentl.....	154
Annexe 11 : L'émergence des associations de patient.es et leur rôle dans l'organisation des	155
soins.....	
Annexe 12 : Attestation sur l'honneur concernant le plagiat.....	156

Lexique :

Adelphité : « Englobant sororité (entre femmes) et fraternité (entre hommes), l'adelphité désigne des relations solidaires et harmonieuses entre êtres humains, femmes et hommes. » (1)

Androcentrisme : Point de vue masculin, ignoré comme tel et utilisé comme référentiel neutre (2). Ce point de vue peut être partagé par tout le monde.

Assertivité : Terme « introduit par le psychologue new-yorkais Andrew Salter, désignant l'affirmation de soi de façon constructive qui permet de : défendre ses droits en respectant ceux des autres ; exprimer sa vérité, ses idées, ses besoins, ses désirs ; vivre avec les autres sur la base d'aménagements acceptables par tou[.te]s. » (3)

Auto-examen gynécologique : Pratique qui consiste « à l'aide d'un spéculum, d'un miroir et d'une lampe, [à observer] avec d'autres, son vagin et son col de l'utérus, pour constater la diversité des anatomies, diagnostiquer et surtout connaître son corps. » (4)

Auto-support : « Processus par lequel une communauté essaye de s'offrir une aide mutuelle ou de résoudre, par ses propres moyens un problème spécifique. » (5)

Biopolitique : Définie par Michel Foucault comme un dispositif étatique de contrôle social des populations, une politique qui intervient directement sur la vie des individus et non plus comme avant sur les territoires (6).

Care : Terme anglais qui « désigne l'ensemble des gestes et des paroles essentiels visant le maintien de la vie et de la dignité des personnes, bien au-delà des seuls soins de santé. Il renvoie autant à la disposition des individus – la sollicitude, l'attention à autrui – qu'aux activités de soin – laver, panser, réconforter, etc. –, en prenant en compte à la fois, la personne qui aide et celle qui reçoit cette aide, ainsi que le contexte social et économique dans lequel se noue cette relation. » (7)

Cisgenre : Se dit d'une personne dont l'identité de genre est en accord avec son sexe assigné à la naissance.

Cup : Autre terme désignant une coupe menstruelle généralement en silicone, que l'on met au fond du vagin pour recueillir les menstruations. Cette coupelle est lavable et peut être réutilisée à de nombreuses reprises.

Digue dentaire : Film en latex pouvant être placé sur la vulve ou sur l’anus lors des rapports bucco-génitaux ou bucco-anaux, afin de réduire le risque de transmission d’infections.

Empowerment : Terme anglais qui désigne le « *processus par lequel des individus et/ou des communautés acquièrent la capacité, les conditions de prendre un pouvoir et d’être actrices/acteurs dans la transformation de leur vie et de leur environnement. L’empowerment augmente la capacité de la personne d’agir avec les autres.* » (8)

Evidence Based Medicine : Terme anglais défini comme l’utilisation des meilleures données actuelles de la science pour prendre une décision dans les soins à apporter aux patient.es en intégrant à l’expérience de sa pratique clinique des données issues des savoirs académiques et qui découlent d’une recherche systématique de la littérature.

Féminisme : « *Ensemble de mouvements et d’idées philosophiques qui partagent un but commun : définir, promouvoir et atteindre l’égalité politique, économique, culturelle, sociale et juridique entre les femmes et les hommes.* » (9)

Femme : Définit les personnes appartenant au genre féminin social. Utilisé ici, lorsque les personnes se définissaient en tant que femmes, et comme concept historique et thématique.

Flux instinctif libre : Pratique qui permet une continence menstruelle via la contraction du périnée et qui permet de déverser les menstruations à un moment choisi.

Genre : Système de bicatégorisation hiérarchisée entre les sexes mâles et femelles et entre les valeurs et représentations qui leur sont associées : masculin et féminin (10). « *Concept qui a été élaboré pour étudier la façon dont les sociétés pensent, organisent et hiérarchisent la différenciation des sexes et normalisent les comportements sexuels* » (11).

Grossophobie : « *Ensemble des attitudes et des comportements hostiles qui stigmatisent et discriminent les personnes grasses, en surpoids ou obèses.* » (12)

Groupe ou Personne racisée : « *Processus d’assignation d’une personne à un groupe humain basé sur des critères subjectifs* » (13). « *Ainsi, le groupe racisé renvoie aux groupes porteurs d’une identité citoyenne et nationale précise, mais cibles du racisme* » (14).

Hétéronormé/Hétéronormativité/Hétérocentré : « *Terme[s] désignant une conduite (systémique et/ou individuelle) où l’hétérosexualité est le signifié unique des rapports humains. Tout concept est alors abordé, par défaut, selon un point de vue hétérosexuel.* » (15)

Matrone : Au Moyen-Âge, personne de confiance, souvent mère de famille nombreuse, choisie par la communauté pour aider les femmes à accoucher à domicile. Elle possédait une connaissance empirique et était en concurrence avec les sages-femmes pendant tout le XIXe siècle.

Médicalisation : Se dit du processus de société qui confie au monde médical des problèmes dont la nature n'est pas nécessairement ni biologique ni pathologique et qui lui reconnaît une compétence d'intervention et de solution aux problèmes.

Non-mixité : « *Pratique consistant à organiser des rassemblements réservés aux personnes appartenant à un ou plusieurs groupes sociaux considérés comme opprimés ou discriminés, en excluant la participation de personnes appartenant à d'autres groupes considérés comme potentiellement discriminants (ou oppressifs), afin de ne pas reproduire les schémas de domination sociale.* » (16)

Patriarcat : Définit « *la manifestation et l'institution de la domination masculine sur les femmes et les enfants dans la famille et l'extension de cette dominance sur les femmes dans la société en général. (Gerda Lerner) [...] Le système patriarcal ne peut exister sans la coopération des femmes. Cette coopération est obtenue par la socialisation genrée, le manque d'éducation, le fait de diviser les femmes et de les mettre en compétition entre elles, la non-connaissance par les femmes de leur propre histoire, leur division en femmes privées/respectables et femmes non respectables, et finalement la coercition et la violence.* » (17)

Personne intersexe : « *Terme général utilisé pour une variété de conditions dans lesquelles une personne est née avec une anatomie reproductrice ou sexuelle qui ne semble pas correspondre aux définitions typiques de la femme ou de l'homme¹.* » (18)

Queer : Terme anglais qui fait référence à « *toute idée, pratique, personne ou identité allant à l'encontre des normes structurant le modèle social hétéronormatif².* »

Résilience : « *La résilience est un phénomène psychologique qui consiste, pour un individu affecté par un traumatisme, à prendre acte de l'événement traumatique de manière à ne pas, ou plus, vivre dans le malheur et à se reconstruire d'une façon socialement acceptable.* » (19)

Savoir expérientiel : Savoir élaboré de manière collective entre pair.es par la mise en commun de connaissances personnelles acquises en dehors du système institutionnel par la pratique d'expériences.

1 Traduction personnelle.

2 Citation issue du site *Interligne*, organisme canadien d'intervention et de sensibilisation, qui contribue au mieux-être des personnes concernées par la diversité sexuelle et la pluralité des genres. La page contenant cette citation a été supprimée.

Self-help : Terme anglais qui désigne une « démarche collective de prise de pouvoir de leur corps par les femmes, qui passe par la remise en cause du pouvoir médical et de ses protocoles, par l'investigation pratique, la collecte et l'élaboration collectives de savoirs et de savoir-faire (infections, fertilité, cycle menstruel, hormones...), par la lutte contre l'ignorance des femmes de tout ce qui concerne leur propre corps et contre les inégalités d'accès à la santé. Le mouvement connaît une vaste audience : en 1973, 1 200 groupes se réclament du Women's Health Movement aux États-Unis et adoptent une approche communautaire de la santé ; plusieurs centaines pratiquent l'auto-gynécologie. » (4)

Sexisme : « Sert à désigner l'ensemble des institutions (socio-politiques, économiques, juridiques, symboliques) et des comportements, individuels ou collectifs, qui semblent perpétuer et légitimer la domination des hommes sur les femmes. » (20)

Soins primaires : « Fait référence à l'organisation d'un système de santé et aux "personnels de santé – médecins, [pharmaciens], infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que s'il y a lieu, praticiens traditionnels", travaillant en coordination et en réponse aux besoins de santé " exprimés par la collectivité. » (21)

Stéréotypes de genre : « Représentations schématiques et globalisantes qui attribuent des caractéristiques supposées "naturelles" aux filles/femmes, aux garçons/hommes sur ce que sont et ne sont pas les filles et les garçons, les femmes et les hommes, sous-entendu par nature. » (22)

Symptothermie : Méthode qui combine les observations de la température et celles de la glaire cervicale et/ou position du col de l'utérus pour connaître sa période de fertilité.

Transition : « Processus de changement du "rôle de genre" de façon permanente en accord avec l'idée de ce que signifie être un homme ou une femme selon les normes sociétales occidentales. ». La transition peut être sociale, légale et/ou médicale (23).

Transgenre : Personne qui s'identifie à un autre genre que celui de son sexe assigné à sa naissance.

Usager.es [de santé] : « Personne qui utilise ou est susceptible d'avoir à utiliser les services de santé, publics ou privés. » (24)

Abréviations

CIANE : Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance

CMU(c) : Couverture Maladie Universelle (complémentaire)

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétricien.nes Français.es

DIU : Dispositif Intra Utérin

EBM : *Evidence based medicine*

EHESS : École des Hautes Études en Sciences Sociales

ESPT : État de Stress Post-Traumatique

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Haut Conseil à l'Égalité

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

PRÉAMBULE

Ce travail qualitatif ne se veut pas représentatif de toutes les personnes pratiquant l'auto-gynécologie. Il se base sur les entretiens réalisés, et produit des hypothèses d'explications issues du point de vue de la chercheuse.

De plus, malgré une approche sociologique adoptée pour expliquer certains phénomènes sociaux, ce travail ne prétend pas être une recherche en sociologie. De nombreuses références historiques ont été citées, notamment dans les annexes. En effet, certains faits historiques permettent de comprendre les causes structurelles du passé qui pèsent sur le présent. Nous ne perdons cependant pas de vue que l'Histoire est très complexe et découle de nombreux événements intriqués que nous ne pouvons pas détailler de manière exhaustive.

Par ailleurs, l'écriture inclusive a été choisie pour rédiger ce travail. Nous avons pris le parti de mettre les noms et adjectifs au masculin et au féminin en utilisant le point bas (exemple : usage.res, interlocuteur.ice). Si toutefois des maladresses d'écriture persistaient, nous prions le et la lecteur.ice de bien vouloir nous en excuser.

Ce travail ne peut en aucun cas être utilisé à des fins de discrimination.

La chercheuse ne déclare aucun conflit d'intérêt.

INTRODUCTION

« Le privé est politique »

Slogan féministe issu des mouvements de libération des femmes des années 1960

Au cours de l'Histoire, l'homme a été considéré comme le référentiel neutre. Malgré cette place privilégiée, son corps a moins été étudié que celui des femmes, vu comme « *autre* » ou « *dégradé* » (pour plus de précisions, voir Annexe 8).

La consultation gynécologique est une consultation médicale particulière qui s'intéresse à cet « *autre* » corps. Elle touche à l'intime, à la sexualité et se réalise souvent en dehors de toute pathologie. Ces consultations fréquentes commencent généralement à la puberté et durent toute la vie (25). La libre disposition du corps des personnes ayant une vulve et un vagin³ et de leur sexualité est aussi structurée par cette discipline qui n'a pas d'équivalence⁴ (26). L'histoire de cette spécialité médico-chirurgicale est complexe. Elle est liée à la place de la femme dans la société et plus récemment aux politiques publiques menées (pour plus de précisions, voir Annexe 9).

Depuis peu, les termes de « maltraitance » et de « violence gynécologique » ont fait leur apparition dans les médias et sur les réseaux sociaux⁵. En 2014, la sage-femme Agnès Ledig publie un article sur « le point du mari⁶ » (28). La même année, le hashtag #PayeTonUtérus sur Twitter⁷, qui recueille des témoignages de mauvais traitements lors du suivi gynécologique, fait émerger plus de 7000 commentaires en 24 heures (25). En 2015, le journal *Metronews* publie des

3 Cette périphrase a été volontairement choisie : en effet, d'autres personnes ne se définissant pas comme femmes ont un vagin et/ou une vulve.

4 L'androgynie est une sur-spécialisation de médecins déjà spécialistes (souvent en urologie ou en endocrinologie).

5 En Amérique latine, ces termes apparaissent dès le début des années 2000. En 2007, le Venezuela adopte une première loi contre les violences faites aux femmes dans laquelle figure l'expression de « violences obstétricales », suivi en 2009 par l'Argentine (27).

6 « Techniquement, il consiste, lors de la suture d'un périnée déchiré, ou d'une épisiotomie, à faire un dernier point supplémentaire pour resserrer l'entrée du vagin, et permettre, lors de l'intro-mission de Monsieur, un plaisir accentué. Pour lui. » (28)

7 Twitter est un réseau social qui permet d'envoyer des messages limités en caractères sur internet ou par messagerie instantanée.

documents disponibles en ligne sur le site de la faculté de Lyon-Sud, où l'on peut lire que parmi les acquis à valider figurent des touchers vaginaux pratiqués sur des usagères sous anesthésie générale, sans leur consentement⁸ (29). Suite à ces différentes révélations, la Secrétaire d'État en charge de l'Égalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa, saisit en 2017 le Haut Conseil à l'Égalité pour réaliser un rapport sur ce sujet. Ce rapport prévoit d'objectiver le phénomène et de mettre en place différentes mesures pour y remédier (25).

C'est dans cet environnement social que l'on voit apparaître un regain d'intérêt pour les groupes d'auto-gynécologie (30,31). Les groupes de *self-help* ont fait leur apparition aux États-Unis dans les années 1970 dans un contexte de lutte pour les droits à l'avortement. C'est lors d'une réunion féministe que Carol Downer, l'une des organisatrices, monte sur la table devant les yeux ébahis des participant.es, insère un spéculum dans son vagin et propose aux personnes présentes de voir cet inconnu qui se cache au fond, son col de l'utérus. Le premier groupe de *self-help* est né (32). Ces groupes de femmes voyagent à travers les États-Unis et l'Europe, partageant ainsi un savoir insoupçonné, celui de s'emparer de l'outil du ou de la professionnel.le, le spéculum, pour se réapproprier leur corps. « *Nous étions toutes là, tout autour d'elle, absolument, totalement étonnées de ce qu'elle avait pu faire. [...] C'était tellement révolutionnaire ! Juste le simple fait de se mettre un spéculum dans le vagin et de révéler cette partie de notre corps et de pouvoir le voir de la même manière que nous regardons notre visage⁹.* » (32)

8 Suite à ces révélations, le journal *L'Obs* interroge le Professeur Bernard Hédon, président du Collège des gynécologues et obstétriciens français qui explique : « *Je récusé le terme "entraînement". Il s'agit de formation. L'examen clinique fait partie de l'apprentissage. Avant toute chirurgie gynécologique, le médecin pratique toujours un toucher vaginal lorsque la patiente est sous anesthésie (...). Sous la responsabilité du médecin, un étudiant peut être amené à pratiquer lui aussi un tel examen. Les étudiants palpent beaucoup mieux les structures lorsque la patiente est anesthésiée, car les muscles sont détendus.* » Quand la journaliste l'interroge pour savoir s'il ne faudrait pas demander le consentement à la personne auparavant, il répond : « *C'est aller trop loin dans la pudibonderie ! Après quarante ans d'expérience, je ne pense pas qu'il soit nécessaire de faire signer un papier avant cet examen. Le corps médical est très respectueux des patients.* » (29)

9 Traduction personnelle

À cette époque, les ateliers d'auto-gynécologie se développent peu en France contrairement à ce qui se passe chez nos voisins suisses, belges et allemands¹⁰ (33). Aujourd'hui, ces groupes d'échanges autour des questions gynécologiques physiologiques et/ou pathologiques entre pair.e.s se développent sous différentes formes. Il peut s'agir de groupes de parole, d'auto-observation des organes génitaux ou d'auto-examen des seins. Les personnes se réunissent soit autour d'un.e professionnel.le de santé, soit avec un.e facilitateur.ice¹¹ ou simplement entre pair.es.

En outre, les médecins généralistes sont au cœur de la prise en charge des patient.es. Ils et elles assurent « *la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé* » (34). Les travaux de médecine générale concernant les groupes d'auto-gynécologie sont rares. C'est pourquoi il nous semblait intéressant de réaliser un travail autour des personnes pratiquant le *self-help* pour permettre aux médecins de premier recours de comprendre ces pratiques et leurs impacts sur le suivi gynécologique en soin primaire. Avec ce travail, il s'agit de comprendre comment, à travers l'autonomisation des personnes, la relation avec les professionnel.les peut être améliorée ainsi que la santé des usager.es.

Notre travail de recherche tente de répondre à la question suivante : Quel est l'impact des groupes d'auto-gynécologie sur la santé globale et gynécologique des participant.es et leur mise en relation avec une consultation gynécologique en soin primaire ?

Cette étude a pour objectifs de comprendre les attentes lors de la participation aux ateliers, les impacts de ces pratiques collectives sur la santé globale et gynécologique des personnes, et la mise en relation avec la gynécologie institutionnelle.

10 Plusieurs hypothèses sont avancées sur ce désintérêt : les groupes féministes français étaient trop théoriciens. La jonction entre les Mouvements pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception (MLAC) très théoriques et les groupes plus pragmatiques du *self-help* semblait compliquée. De plus, en France, les luttes concernaient plus le droit à l'avortement et la démocratisation de la pilule contraceptive. Les critiques des effets secondaires de cette contraception portées par ces groupes, notamment aux États-Unis, n'ont pas été partagées par les françaises. (En France, ce sont plus les groupes d'extrême droite qui critiquent la pilule, les féministes ne voulant pas y être associées)

11 Personne qui n'est pas professionnel.les de santé mais qui anime l'atelier.

Nous avons discuté des résultats autour de plusieurs axes : la méconnaissance de son corps ; les maltraitements gynécologiques, les groupes d'auto-gynécologie comme outil de réappropriation et de développement de savoirs expérientiels, et enfin nous avons essayé de trouver des pistes pour lutter contre les discriminations en santé.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Choix de la méthode

A. Méthode qualitative

Nous avons choisi de connaître l'impact de la pratique de l'auto-gynécologie sur la santé des participant.es et plus largement sur leur suivi gynécologique en soin primaire. Pour cela, une étude qualitative a semblé la plus appropriée. En effet, sans données préalables, il s'agit d'effectuer une démarche inductive et interprétative, l'objectif étant de dépasser le cas individuel de l'expérience pour retrouver ce qu'il y a de commun et de partagé, mais aussi de différent, à travers l'ensemble des récits dans une perspective comparative (35).

B. Entretien individuel semi-dirigé

Dans le cadre de cette recherche recueillant des données sur des thèmes intimes, nous avons opté pour l'entretien individuel semi-dirigé à l'aide d'une grille d'entretien (36). Il permet de créer un climat de confiance, afin que les participant.es soient plus enclin.es à se confier.

C. Guide d'entretien

Afin d'élaborer un guide d'entretien, nous avons dû au préalable émettre des hypothèses de résultat (37). Nous avons utilisé des questions ouvertes en lien avec nos objectifs de recherche et qui portaient sur l'entrée des personnes dans les groupes, sur leur suivi gynécologique institutionnel, l'impact des groupes d'auto-gynécologie sur leur suivi gynécologique et plus globalement sur leur vie, ainsi que leurs connaissances gynécologiques. Ce questionnaire recueillait, en fin d'entretien, quelques informations sociologiques relatives à la personne interrogée.

Nous avons testé le questionnaire initial sur une personne de notre entourage répondant aux différents critères d'inclusion (disponible en Annexe 3). Cet entretien a ensuite été intégré au corpus d'analyse.

Nous avons par la suite pris contact avec Lucile Ruault, Docteure en Sociologie politique, afin d'améliorer cette grille. Le guide a, par ailleurs, été modulé au cours des différentes rencontres. Dans ce sens, nous avons demandé à l'enquêtée, en fin d'entretien, si des sujets qu'il ou elle aurait aimé développer n'avaient pas été abordés. (Le guide final est disponible en Annexe 4.)

II. Constitution de l'échantillon

A. Population étudiée

Les personnes sélectionnées pour l'étude sont des personnes volontaires majeures ayant participé à au moins un groupe d'auto-gynécologie. Les critères de non-inclusion sont des personnes ne parlant pas le français et des personnes mineures.

B. Mode de recrutement

Le mode de recrutement s'est fait de manière indirecte via des listes de diffusion ou les réseaux sociaux, mais aussi par effet boule de neige.

Nous avons diffusé un courrier d'invitation expliquant les objectifs de l'étude. Après une première prise de contact via une messagerie courriel cryptée, une lettre d'informations détaillée et le recueil de consentement ont été envoyés aux enquêté.es (en Annexe 2).

III. Conditions de réalisation de l'étude

A. Cadre de réalisation

Les entretiens ont été menés là où les personnes ont jugé que leur intimité était préservée : par téléphone, par Skype, dans des lieux collectifs, ou chez elles.

Ils ont été conduits jusqu'à saturation des données, soit douze entretiens, en lien avec les objectifs de la recherche.

B. Éthique

Le comité d'éthique de l'Université de Strasbourg a rendu un avis favorable concernant la réalisation de cette étude (en Annexe 1).

L'autorisation par la CNIL n'a pas été nécessaire, les données étant stockées de manière anonyme sur le serveur sécurisé « *Seafire unistra* ».

C. Les modalités d'entretien

Nous avons réalisé un enregistrement audio par dictaphone au cours des entretiens après consentement écrit de l'enquêté.e et rappel oral précédant le début de l'interview.

Au début de l'entretien, nous avons rappelé les objectifs de l'étude, la confidentialité des échanges, l'anonymisation des données, la liberté de ne pas répondre à des questions si la personne ne le souhaitait pas et la liberté de se retirer à tout moment de l'étude. Nous avons précisé que les enregistrements seraient détruits après retranscription. Nous avons pris quelques notes dans un journal de bord pendant les interviews, après accord oral des participant.es.

Aucune personne ne s'est rétractée.

Pendant l'entretien, nous nous sommes efforcée de préserver la neutralité de notre réaction. Nous avons mis à profit des pauses actives de quelques secondes pour encourager des reformulations ou poser des questions de relance, afin d'enrichir les propos développés.

IV. Retranscription et analyse des données

A. Retranscription

Nous avons anonymisé les retranscriptions. Elles ont été réalisées *ad integrum* via le logiciel libre Otranscribe (exemple de retranscription en Annexe 5).

B. Analyse des données

Nous avons analysé les données avec le logiciel libre RQDA et de manière conjointe au travail de recherche afin d'enrichir le guide d'entretien. Nous avons choisi de procéder à l'analyse transversale des entretiens par théorisation ancrée, méthode qui permet de faire remonter les faits

de discours à une généralité. Nous avons effectué un premier codage ouvert afin d'attribuer un concept à une idée qui se dégagait du texte. Ces *verbatim* ont été extraits et associés à un code propre. Puis nous avons procédé à un codage axial, afin de révéler et d'associer les similitudes entre les concepts. Cette étape nous a permis d'élever le niveau de compréhension du phénomène à un contexte plus large. Enfin, nous avons procédé à un codage sélectif et développé de grandes catégories thématiques en rapport avec la problématique initiale que nous avons posée (38).

Sur les douze entretiens que nous avons menés, deux ont été co-analysés par deux co-thésardes en médecine générale, ce qui a permis une triangulation des données et limite ainsi les biais d'interprétation.

En outre, nous avons pris des contacts avec des chercheuses universitaires travaillant sur le sujet de l'auto-gynécologie. Nous avons échangé par téléphone et courriel avec Ariane Salomé-Jeunesse, docteure en médecine générale, et Emma Thouvenot, étudiante sage-femme en dernière année. Ces échanges ont été l'occasion de confronter nos sujets de recherche respectifs et d'échanger autour des thèmes abordés au cours des entretiens. Ainsi, en prenant du recul sur le sujet, nous avons pu remarquer que les résultats présentaient des similitudes mais aussi des différences.

Par ailleurs, nous avons également participé à un colloque de sciences sociales¹² sur le genre, la santé et les pratiques d'auto-gynécologie à Lyon en 2019, ainsi qu'à des cours en ligne de l'EHESS en 2020 et 2021¹³ concernant la construction des savoirs médicaux. Ces interventions en sciences sociales nous ont permis d'interroger notre sujet avec un autre regard, de cerner ses limites et de valider certaines thématiques de recherche.

Après relecture par la directrice de thèse, le codage des résultats a été validé.

12 Colloque Genre et Santé, Lyon, avril 2019 (39)

13 Médecine et genre, Étudier la construction des savoirs médicaux - EHESS – Enseignant.es : Lucia Aschauer et Margaux Neve De Mevergnies UE 1029

V. Méthode bibliographique

La recherche bibliographique de cette étude a été réalisée dès sa conception et durant tout le travail. Nous avons pour cela utilisé la méthode PICO¹⁴. La population étudiée était les personnes avec une vulve et un vagin. L'intervention correspondait aux groupes d'auto-gynécologie, aux ateliers de self-help ou aux groupes d'auto-support gynécologique. La comparaison incluait tout type d'étude. Les critères de jugement étaient la pratique dans un atelier d'auto-gynécologie, ainsi que les thèmes qui ont enrichi le travail de discussion : la connaissance de son corps, la médicalisation, les violences et maltraitements gynécologiques, le savoir expérientiel, l'*Evidence Based medicine*, les inégalités de genre en santé, l'*empowerment*.

Nous avons ensuite sélectionné des mots-clés, traduits en *MeSH term* afin d'interroger les bases de données. Nous avons préféré les articles francophones pour ce travail de recherche. Les bases de données que nous avons utilisées sont Pubmed, CISMEF, La Banque de Données Santé Publique, Cairn, le catalogue Sudoc et Google Scholar. Par la suite, nous avons sélectionné les articles à partir de leur titre puis de leur résumé, et enfin après une lecture du document. Nous avons enregistré les références des articles dans le logiciel de gestion de références bibliographiques, Zotero.

14 P : Population, I : Intervention/Indicator, C : Comparator/Control, O : Outcomes (40)

RÉSULTATS

I. Les caractéristiques des personnes participant à des groupes d'auto-gynécologie

A. Concernant les entretiens et les personnes interviewées

1. Caractéristiques des personnes interrogées

Nous avons interrogé douze personnes de 27 à 47 ans, entre août et décembre 2019. Les niveaux d'étude étaient élevés, allant de BAC +2 à BAC + 8. Deux personnes étaient au chômage, plusieurs travaillaient dans les secteurs de la santé et du social, une personne avait repris les études, deux travaillaient en entreprise et une était bibliothécaire. Dix se définissaient comme femme cisgenre, une était en réflexion et une ne se prononçait pas. La plupart se définissait comme personne blanche caucasienne. La majorité habitait dans une ville. Elles avaient toutes une assurance maladie ainsi qu'une mutuelle santé.

Les entretiens ont duré en moyenne 47 minutes, allant de 37 minutes à 1 heure 32. Les réseaux qui ont fonctionné pour la diffusion de notre étude étaient : la liste de diffusion Efigies¹⁵, la page Facebook¹⁶ de l'association pour le mouvement français du Planning Familial 67, la newsletter des Flux, et la communication par une sage-femme qui pratique l'auto-gynécologie. Cinq entretiens ont eu lieu via Skype¹⁷, quatre en face-à-face et trois par téléphone.

15 Association qui vise à créer des solidarités entre étudiant.es, doctorant.es et jeunes chercheur.euses en études féministes, genres et sexualités à travers une mise en commun de savoirs et d'informations.

16 Facebook est un réseau social en ligne qui permet à ses utilisateur.ices de publier des images, des photos, des vidéos, des fichiers et documents, d'échanger des messages.

17 Skype est un logiciel qui permet aux utilisateur.ices de passer des appels téléphoniques ou vidéo via Internet.

Les **ressources** concernant leurs connaissances gynécologiques avant les entretiens étaient principalement **l'entourage proche** (famille, ami.es), **les livres** et les **brochures**, mais également leurs **études** ou **formations professionnelles**. Des **blogs spécialisés** et **internet** ont aussi été cités. L'**école** a été également évoquée par quelques personnes, ainsi que la **pornographie**, et une personne a nommé une **gynécologue** comme source d'informations.

Les **caractéristiques** des participant.es sont à retrouver dans le tableau en Annexe 6.

2. Sur l'analyse des données

Le nom des participant.es a été modifié, les noms et prénoms apparaissant dans la retranscription ont été **anonymisés**. Les enregistrements audio ont été détruits après la retranscription.

Le codage des entretiens a extrait 1169 *verbatim*, répartis en 247 catégories, en 129 sous-thématiques et 13 thématiques.

La **saturation des données** a été observée lors du dixième et du onzième entretien apportant chacun quatre catégories, et le douzième n'en ajoutait plus.

Quatre grands thèmes ont émergé : Les personnes intégrant les groupes et leur parcours gynécologique, la constitution des groupes d'auto-gynécologie, l'impact des groupes sur la santé gynécologique et la vie, et la mise en relation avec le monde institutionnel.

La rédaction des résultats a utilisé 136 *verbatim*, soit 11 % du codage.

B. Concernant le parcours gynécologique

1. Le suivi des usager.es

La plupart des participant.es avait un suivi par un.e **gynécologue**, deux par **un.e sage-femme**. Le suivi a débuté entre 13 et 19 ans, à une fréquence majoritairement d'**une fois par an**. Deux avaient un suivi plus rapproché. Les motifs de consultation étaient variés : principalement des **dépistages** et la **contraception**, mais aussi pour des suivis de grossesse, des IVG, des problèmes infectieux, ou des douleurs (voir Annexe 7).

Deux personnes ont eu un suivi gynécologique vécu comme **serein**. Les interviewé.es ont cependant tout.es rapporté un exemple de **maltraitance gynécologique ou obstétricale** qu'ils et elles avaient vécu ou qu'un.e proche leur avait rapporté.

Iris : « Euh...Alors...euh...alors...avec mon gynéco ça n'a pas changé, parce que c'était quelqu'un avec qui j'étais en confiance, euh. 'Fin, j'veux dire, y avait pas de, j'avais pas de soucis particulier. J'étais dans une relation qui me convenait. ».

2. Les maltraitements et violences gynécologiques et leurs conséquences

a. Les différents types de maltraitements rapportés

- des maltraitements physiques

Plusieurs types de maltraitements physiques ont été rapportés comme la **négligence du consentement**, le **mépris de la douleur**, voire des **violences physiques et obstétricales**.

Delphine : « et d'un coup elle a sorti la sonde, et j'fais "oh mais ! qu'est-ce que c'est..." Puis son... en fait, l'endroit où elle examinait les gens, c'était très, euh... petit. 'Fin c'était vraiment, euh... ouais, tout était vraiment très resserré. Donc bref, j'étais choquée par... 'fin choquée... Je, je sais qu'on... 'fin j'ai accouché, donc je sais qu'on met les sondes pour les premières échographies. Mais voilà, j'aurais aimé, voilà, qu'elle me dise encore plus... "alors je vais utiliser la sonde, est-ce que vous êtes d'accord ? Est-ce que...". Surtout par rapport aux violences que j'ai subies. »

Fanny : « Donc j'ai fait ce traitement, bah... comme j'ai pu. Un peu suivi bêtement, sans savoir vraiment ce qui se passait. Et, euh... et en fait, euh... après, on a fait la pose du stérilet. J'ai eu des douleurs de folie, pendant une semaine je suis restée au lit, je ne pouvais pas bouger, j'avais de grosses contractions. J'l'ai rappelée, et elle a m'a dit que "bah... des fois, oui, ça fait mal", et puis voilà, quoi. Donc euh... là, je me suis encore sentie bien seule. »

Delphine : « Et moi l'accouchement que j'ai eu, euh... qui est complètement violent, où je suis sortie en stress post-traumatique, 'fin l'horreur. Et ben, sur mon dossier médical, c'est marqué : accouchement normal. Alors que j'ai eu forceps, 'fin c'est... pfff... épisio' et tout ça, donc y a vraiment une... Pour moi, le monde il marche sur la tête, en fait. C'est pas... on peut pas appeler ça un accouchement normal, en fait ! »

- des maltraitances psychologiques

Les participant.es ont décrit de **l'absence d'écoute**, de **l'absence d'empathie**, de **le non-respect de la pudeur**, de **l'infantilisation**, de **la grossophobie**, de **la transphobie** et de **du non-respect de leur intimité**.

Hiba : « J viens lui expliquer que je prends la pilule depuis que j'ai 15 ans, euh... que j'en ai maintenant 21, que j'ai, que j'ai arrêté de la prendre depuis un an. Et que, euh... j'ai pas de règles depuis un an. [...] Et que je veux plus prendre, et que je l'ai arrêtée parce que je voulais plus prendre de, euh... d'hormones. Et là, i me fait une petite prescription. Il me dit “ouais, vous fumez. Faut arrêter de fumer, puis faut grossir aussi, hein ! Parce que là, vous êtes carrément maigre, hein. Et puis bon, hein les enfants, blablabla”. Et euh... il me fait une prescription, euh... d'hormones. »

Kanza : « Et surtout, quand j'étais... parce qu'à chaque fois évidemment j'ai été auscultée avec la méthode : je suis nue, euh... les pieds écartés, tout ça. On m'a jamais proposé autre chose que ça. [...] Donc pareil, on m'ausculte pareil, avec les étrières, tout ça. Et... il... quand j'étais allongée avec les jambes écartées, il répond au téléphone. »

Delphine : « Parce qu'en fait, quand on va chez le gynéco, on a beau se dire “j'ai mon consentement, je voudrais pas faire... accepter ça, ça, ça”, en fait, on se retrouve comme un enfant face au médecin, et euh... c'est terrible, en fait ! Même si on l'a préparé d'avance. »

Émilie : « Plutôt de la grossophobie. Des violences gynécos et obstétricales, non. Mais de la grossophobie, ouais, assez régulièrement. Et notamment de la part des gynécos. Qui soient... des réflexions, euh... une espèce de prise en charge qui est vraiment naze, et en fait, dès qu'on arrive, dès qu'on a un problème, c'est lié au poids. »

- des injonctions et des jugements

Des **injonctions natalistes**, le **sentiment d'être jugé.e** et la **culpabilisation** de la part de soignant.es sont décrits lors des entretiens.

Iris : « J'ai du mal avec les médecins, car il existe un rapport de domination qui fausse la relation. Quand il pose une question, on sent qu'il y a un jugement, donc parfois on va être poussée à mentir ou minimiser ou cacher certaines choses. Ce qui nuit à la bonne prise en charge. »

Béatrice : « Parce que, parce que j'ai vécu un avortement super jeune déjà, à l'âge de 18 ans et ça s'est hyper mal passé, en fait. L'encadrement, c'était horrible, quoi. Donc j'étais très enceinte, j'étais enceinte de trois mois quand j'ai avorté. Et c'était encore l'époque... tu vois c'était en 98, donc c'était encore l'époque où tu passais devant un psy. Qu'elle te disait : “vous êtes vraiment sûre que vous voulez avorter ?” ou alors qu'elle te culpabilisait. »

- des méconnaissances et des mésinformations

Il a également été rapporté des **méconnaissances** de la part des soignant.es, mais aussi de la **désinformation**, un **défaut d'information** et le **non-respect du secret médical**.

Émilie : «[...]sur des questions un peu plus spécifiques de prévention, moi j'ai appris ce qu'étaient des digues dentaires à plein de médecins, euh... Notamment des gynécos et des sexologues quand même. »

Fanny : « Et puis après, elle m'a appelée en disant qu'elle m'avait laissé une ordonnance dans la salle d'attente. Et qu'elle partait en vacances, donc euh... voilà, donc je devais récupérer l'ordonnance et puis je me débrouillais. [...] elle m'a rien expliqué. Donc du coup, j'arrive à la pharmacie avec mon ordonnance, j'posais des questions à la pharmacienne qui, euh... “Ben... de but en blanc, comme ça, bah... je sais pas trop”. Je me retrouvais avec des ovules, j'avais jamais mis d'ovules. Je savais pas comment on fait. J'étais vraiment complètement larguée à moi-même, quoi. Donc j'ai fait ce traitement, bah... comme j'ai pu. »

Émilie : « Ou même poser des questions de contraception définitive, j'ai jamais rencontré un soignant qui soit bienveillant là-dessus. Vraiment, hein! Pour le coup, à chaque fois, c'est "vous êtes trop jeune ! Vous allez regretter, moi je le fais pas !" 'fin des choses, très euh... sans respecter la loi. »

Hiba : « Alors j'y vais et là je rentre dans un truc où, en fait, t'as deux petites cabines qui sont côte à côte comme des vestiaires de piscine, quoi. Et euh... qui sont attenantes à son cabinet, et en fait, par l'une tu rentres, euh... y a encore une personne dans le cabinet, que t'entends qui sort par l'autre cabine. Et puis après, toi tu rentres, et puis alors y a une autre personne, tu vois ce que je veux dire ? C'est-à-dire que y a toujours quelqu'un qui écoute ta..., enfin qui écoute... En tout cas qui entend ta... ta consultation. »

b. Les conséquences liées aux maltraitances

- l'impact des maltraitances

Après avoir subi ces violences, les personnes interrogées décrivent différentes conséquences néfastes comme **la dévalorisation de leur image, la perte de la confiance dans l'institution médicale** ou **le déni** des maltraitances subies.

Agathe : « À la base, je suis allée chez le gynécologue au tout début, la toute première fois j'y suis allée parce que j'avais des problèmes gynécologiques pendant les rapports. J'avais des questions. Elle a pas du tout répondu à mes questions et au contraire ça m'a encore plus mise mal à l'aise par rapport à mon corps et par rapport à tous ces problèmes-là. »

Delphine : « Et comme du coup, euh... en vivant des violences, bah... comment dirais-je ? On a euh... Bah... p't'êt du coup, bah... un souci, comment dirais-je ? Bon ! Déjà, on n'a plus envie de voir de gynéco, de base. »

- les réactions suite à ces maltraitances

Cependant, les maltraitances ont également engendré des réactions positives et combatives. Certain.es ont voulu **devenir acteur.ices de leur soin**, d'autres ont décidé de **changer collectivement de soignant.e**, ou de **conseiller** des soignant.es qu'ils et elles jugeaient plus respectueux.ses à des proches.

Delphine : « À l'époque, j'avais pas cette notion, euh... Je subissais, ce euh... 'fin comment dirais-je.... Je trouvais ça complètement normal, en fait. Tant qu'on ne remet pas en cause, on le vit bien, entre guillemets. Et donc je pense, que tout, c'est... voilà. Ces violences qui ont fait que y a eu une remise en cause de la gynéco, et du coup, bah... euh... j'ai voulu comprendre mon corps. »

Fanny : « Ouais, ouais, ouais et du coup j'en ai même parlé euh... entre copines. Et euh... parce qu'on était plusieurs à aller chez elle et on a toutes décidé de plus y aller, en fait [rire]. On la boycotte un peu, parce que... ouais, elle a pas été tendre avec euh... avec toutes, j'crois. »

Lola : « Après, euh... j'ai pas mal de copines dont c'est le cas. Et je compte plus trop le nombre de copines que j'ai envoyées chez ma gynéco, en leur disant “non mais vous inquiétez pas, elle, elle est cool.”. »

c. Les autres critiques du système de santé

Les maltraitances et les violences rapportées étaient souvent intégrées dans une critique plus large du système de santé. L'**absence d'écoute** de la part des soignant.es a été citée à de nombreuses reprises. Les abus de pouvoir comme le **paternalisme**, le **refus de délivrance de traitements** ont également été rapportés. La **passivité des usager.es** favorisée par la **désertification médicale** a été abordée. Ces critiques ont notamment été mises en relation avec la **difficulté des études médicales**.

Justine : « Pour les gens qui ont été éduqués dans l'idée que, euh... que le corps médical a raison de façon autoritaire et sait mieux que nous comment nos corps fonctionnent... et sait mieux que nous comment délivrer un enfant ou savoir quelle est la bonne contraception pour soi, c'est un truc qui est quand même assez ancré hein. J'trouve. Y a un truc d'autorité quand même, tu vois qui... autour du corps médical. Ils ont une autorité morale, euh... sur les gens en général. »

Céline : « Moi je, en tant qu'infirmière, le nombre de fois, où j'expliquais au patient "bah... je vais vous piquer, je vais vous faire tel examen." "Oh mais vous faites bien ce que vous voulez !" T'sais t'as plein de gens qui te disent ça. Ouais, moi je leur dis "mais non, non, c'est votre corps. C'est à vous de choisir. C'est à vous de décider." »

Justine : « J'ai réalisé que y avait pas mal de gens qui restaient avec des gynéco qui étaient pas top. Souvent pour des raisons logistiques ou parfois juste par inertie, parce que c'est compliqué de trouver des nouveaux médecins. »

C. Le sexisme au quotidien

Le vécu négatif des usager.es et les maltraitances qui ont été rapportées n'est pas un phénomène isolé. Ils s'inscrivent dans la **société patriarcale** dans laquelle nous évoluons.

1. Les normes sur la sexualité et la médicalisation du corps des femmes

Le corps des femmes et leur sexualité sont **jugés** dans leur quotidien. Il existe une **norme du corps** beau et mince. Ces discours sont également véhiculés par des femmes.

Émilie : « Par exemple, moi j'étais vachement heurtée de faire de la prévention avec des nanas lesbiennes de plus de 60 ans, qui ont un discours super normatif, extrêmement monogame, vachement jugeant. C'est pas parce qu'on est queer, qu'on est plus déconstruit, mais euh... mais qui de fait échappent de toutes façons à la norme sexuelle. [...] Alors moi, j'ai toujours eu un rapport toujours super bienveillant à mon corps pour le coup, euh... et on en parle souvent parce que j'ai pas mal de copines qui sont grosses aussi. Et qui du coup sont plutôt dans la détestation. Euh... 'fin et ce que je peux tout à fait comprendre, quand on te répète tout le temps que ton corps est dégueulasse, c'est vraiment dur, j'trouve, d'y échapper. »

Certaines personnes se sont interrogées sur **un suivi médical « automatique »** alors qu'elles ne se pensaient **pas malades**.

Kanza : « Ah le, le moins possible, mais quand même avec cette espèce d'injonction sociale qu'il fallait y aller au moins une fois par an. Donc je pense que j'y allais au moins une fois par an. »

Agathe : « Mais une gynécologue pour l'instant, je vois plus trop l'intérêt d'y aller pour le côté médical, parce que j'ai pas l'impression d'être malade et d'avoir besoin de voir un médecin. »

2. La sociabilisation genrée

Il a également été discuté de la **sociabilisation genrée** entre les filles et les garçons ainsi que des comportements sociaux qui en découlent.

Émilie : « *Et euh... j pense que c'est... alors, on pourrait se dire, qu c'est vachement positif que les filles sont plus respectueuses, après on pourrait aussi se dire que c'est leur éducation qui fait que de toutes façons, elles ne vont pas prendre les initiatives et notamment pas dans le groupe. Alors évidemment y a du bon et du moins bon, dans là... Mais effectivement, j'trouve que y a beaucoup plus de, y a beaucoup plus un respect des limites du corps de l'autre. »*

3. Le sexisme au travail

Les rapports sexistes imprègnent tous les niveaux de la société, incluant aussi le **monde du travail**.

Iris : « *Je subissais du harcèlement moral au travail de la part d'un homme euh... d'un homme un peu voilà. Un peu plus, d'un homme jeune mais euh... qui me, qui était tout le temps sur mon dos, et c'était, c'était très dur. Et j pense que j'avais besoin 'fin voilà de... j pense que c'était lié à... j pense que c'était sexiste en fait. »*

II. La constitution des groupes et la pratique collective

A. L'intégration aux groupes d'auto-gynécologie

1. Un lien historique

Certaines personnes interrogées ont fait un lien entre leur pratique de l'auto-gynécologie et les **groupes d'auto-support féministes** qui ont existé dans les années 1970, s'inscrivant ainsi dans leur continuité.

Gaëlle : « *Et en ayant cette idée, j'ai commencé à chercher si ça existait. Et je me suis rendu compte que oui, en fait. Que ça existait plus trop en France mais que ça avait existé et que y avait toute une histoire, euh... sur ce truc-là, alors que je le savais pas en fait. Je l'ai découvert en ayant envie de le faire, que c'était quelque chose auquel d'autres, euh... avaient pensé avant.* »

2. Pourquoi ces personnes intègrent-elles les groupes d'auto-support ?

Avant d'intégrer ces groupes, les personnes interviewées ont une envie ou une attente particulière, qu'elles vont rechercher dans cette pratique collective. Plusieurs raisons différentes d'intégration aux groupes ont été avancées. La **réappropriation des connaissances concernant leur corps et leur santé** a été citée par quasiment la totalité des participant.es. La **compréhension et la transformation d'un traumatisme** grâce aux groupes ainsi que le besoin de **créer de l'adelphité** et de **partager des expériences** dans un engagement **féministe** et **militant** ont également été décrits.

Iris : « Et donc ça, 'fin, les raisons moi ça me... moi ça m'intéressait de... ça m'intéressait en fait, de... d'avoir un moment d'échange avec d'autres femmes sur... avec une diversité de questions. C'était à la fois pour les... c'était pas franchement pour les aspects santé. J'avais pas spécialement de problème de santé gynéco euh... à ce moment-là mais c'est plus pour euh... pour me connaître. Euh... et puis, et puis échanger sur des questions, 'fin des femmes et de la santé des femmes de manière générale. Et pas que gynéco, bien-être psychique. [...] Et puis après, y avait une autre raison qui était que euh... j'avais aussi besoin de me réapproprier euh... mon féminisme entre guillemets. [...] qu'est-ce que c'est [pour moi] d'être une femme. Qu'est-ce que ça implique dans notre société. »

Lola : « C'était pour me connaître mieux, pour connaître mieux anatomiquement mon sexe. À la toute base, je pense que c'était ça. Et après, c'était pour, euh... pour gagner en, en pouvoir et en confiance et en connaissance. »

Fanny : « Alors du coup, euh... je suis allée sur un festival où il y avait, donc, une sage-femme qui présentait un stand avec justement une partie sur le self-help. Et, euh... et en fait, ça m'a beaucoup parlé parce que je venais d'avoir une pose de stérilet qui s'est très mal passée. [...] quand j'étais sur le stand, j'ai posé quelques questions parce que y avait plein de choses que je n'avais absolument pas comprises dans mon parcours gynécologique. Et là, j'ai réalisé que y avait p't-être, y avait peut-être un peu de travail à fournir pour que ça aille mieux. [rires] Et du coup, voilà ça c'est... Vraiment la démarche, voilà, c'est plutôt, euh... au premier abord, le côté médical, comprendre ce qui s'était passé. »

Delphine : « Je trouve, en fait, que c'est terriblement politique en fait, les ateliers d'auto-gynéco parce qu'en fait, ça nous rend actrices de notre corps, de notre santé. Et on se dit "si ! on peut avoir l'outil, on a le droit d'avoir l'outil, on est autant valable que quelqu'un d'autre qui

s'approprié l'outil parce que lui, sait". Voilà, la connaissance, elle peut aussi monter, elle est pas obligée que de descendre. »

3. Par quel biais les groupes sont-ils intégrés ?

Malgré une recrudescence médiatique autour des groupes d'auto-support, ils restent peu connus dans l'espace public. Les personnes interrogées ont intégré ces groupes après avoir participé à un **festival** où de tels ateliers étaient proposés, suite à des **lectures**, via des **relations** qui leur ont présenté ces groupes ou encore grâce à **internet**.

Béatrice : « *Déjà j'avais fait des ateliers comme ça dans des festivals féministes ou de santé* »

B. La pratique collective

1. Les activités pratiquées dans les groupes et les buts recherchés

Si l'échange de savoirs, en particulier l'apprentissage collectif de l'**auto-observation** de la **vulve et/ou du vagin**, à l'aide d'un miroir et d'un spéculum, semble l'aspect le plus symbolique des groupes, il n'a pas été pratiqué par tou.tes. Une activité moins spectaculaire, mais citée par toutes les personnes, était la **discussion** et le **partage d'expériences** sur des thèmes variés. Les sujets les plus fréquemment abordés dans les groupes de parole étaient les **maltraitements subies** et la **sexualité**. D'autres sujets comme **la santé affective**, **les problèmes gynécologiques**, **la vision de son corps**, **la transition**, **les moyens de contraception** et **les cycles menstruels** ont été rapportés. Les participant.es ont également **échangé des adresses de professionnel.les** qu'ils et elles pensaient bienveillant.es. Une personne a réalisé un **frottis de dépistage** du cancer du col de l'utérus.

Agathe : « Voir que finalement après ce premier rendez-vous, ben... on était sept filles à discuter et on avait au moins deux histoires à raconter de mauvaises expériences gynéco. 'Fin c'est un truc de fou ! C'est énorme, j'trouve. Ça fait du bien aussi de se rendre compte que t'es pas seule à avoir ressenti le fait d'être, d'avoir été maltraitée au final et que c'est pas normal, que tu peux en parler et que tu peux chercher des solutions. »

Lola : « Donc, y avait une part d'auto-observation. Mais qu'on a très peu fait au final. 'Fin qu'on fait beaucoup moins que tout ce qui est échange sur le... ça peut être... ouais, la sexualité, des questions sur la santé sexuelle, la santé. Un peu des fois, ça peut déborder sur la santé affective. Mais, euh... globalement lié à la sexualité. »

Kanza : « Donc j'ai observé mon col de l'utérus, donc là c'était vraiment une grosse découverte pour moi. Et après j'ai fait un frottis. [...] Elle m'a donné donc la petite, euh... le petit pinceau, euh... voilà. Je me suis, voilà, frottée contre le col de l'utérus et pouf dans la boîte et voilà. Et après j'ai envoyé. Donc là aussi c'était important, parce qu'en fait, elle m'a complétement responsabilisée. Après c'était moi qui envoyais au labo. Y a eu quelque chose où c'était vraiment jusqu'au bout, c'était moi qui ai fait l'acte en fait. »

Les groupes étaient animés soit par des **professionnel.les de santé**, sages-femmes, médecins, ou associations de soignant.es, soit par des **facilitateur.ices**, ou de manière horizontale, par **toutes les personnes du groupe**.

Iris : « Nous y avait pas de... 'fin on était à égalité en fait, y avait pas une personne qui, qui était euh... plus sage entre guillemets, 'fin plus référente sur telle ou telle question. Euh... et en fait, je trouve que c'était vraiment bien comme ça. »

Les raisons pour lesquelles ces personnes ont intégré les ateliers étaient en adéquation avec ce qu'elles y ont trouvé. La **réappropriation de leur corps**, la création d'un **espace collectif**, **l'échange de savoirs**, **l'accès de la gynécologie à tou.tes** et **l'ouverture d'esprit** ont été le plus souvent rapportés.

Justine : « J'pense que la finalité de ce groupe-là, c'est vraiment, euh... d'avoir cet espace de parole, euh... où on peut aussi se resolidariser en tant que meuf. Mais qui est un espace où on puisse se solidariser. Et où on puisse avoir une parole, euh... qui est... et puis avoir une meilleure connaissance de soi aussi. »

Béatrice : « Par rapport à ça et aussi, 'fin ça a changé aussi mon rapport avec d'autres personnes ; 'fin, parce que du coup, c'est une pratique partagée. C'est pas une pratique individuelle. Ça, pour moi, c'est plutôt un truc important en fait, que ce soit pas un truc, hum... bah... que ce soit pas un truc juste pour son petit soin à soi, tu vois ? Mais que ce soit un truc où on s'entraide collectivement. »

Gaëlle : « La, euh... la semaine dernière, on a, on a animé un groupe dans le cadre de la queer week. Euh... y avait deux mecs trans¹⁸ qui étaient là et qui disaient que ils avaient vraiment kiffé le groupe dans le cadre de la queer week, euh... Et ils s'étaient sentis bien et tout, mais qui pensaient que c'était nécessaire aussi que ça puisse exister en non-mixité, euh... pour les personnes trans. Et je pense que effectivement, euh... j'pense que y a aussi des besoins particuliers, euh... au sein des personnes qui ont besoin des suivis gynécos. »

18 Homme transgenre

2. La perception des groupes

Un vocabulaire **émotionnellement positif** est ressorti à l'évocation des groupes. Les échanges ont été perçus comme des espaces de **partage** où les personnes ont pu s'**identifier** et **rompre avec la solitude** qu'elles ressentaient concernant certains sujets comme la sexualité ou les maltraitances subies. C'est un espace vécu comme **bienveillant, sans contrainte et sécurisant**. Une temporalité particulière avec un **temps dédié** leur été associé. Cependant, les émotions partagées n'étaient pas toujours positives et les **rappports humains** au sein des groupes, pas toujours simples.

Lola : « Ouais c'était magique ! C'était complètement fou ! Euh... c'était incroyable. En fait, c'était, et j crois que c'était,... bon après je ne peux pas parler pour tout le monde, mais c'était quelque chose qui avait été évoqué par d'autres que moi au tour de table. »

Céline : « Je me sens pas, tu vois par exemple sur ces questions de la péri-ménopause, de voir que la moitié des femmes traverse les mêmes difficultés, symptômes que moi... Bah... je me sens vachement moins seule et comme tout être humain, j'ai besoin de faire groupe, tu vois. Et du coup, et du coup, ben y'a pas cet isolement que, euh... »

Iris : « Avec aussi beaucoup de pudeur bizarrement, beaucoup de respect en fait, euh... [...] Mais c'est pour ça j'dis, 'fin en fait, on a vraiment un, un très grand respect, et un aspect de pudeur qui est que chacune ne parle que si elle a envie en fait. On n'est pas du tout obligée de parler, pas du tout obligée de,... 'fin c'est, c'est, c'est euh... beaucoup de respect, de bienveillance entre nous. [...] Mais en fait, c'est de manière générale, le fait d'avoir cet espace c'était euh... c'était sécurisant. [...] le fait de parler avec d'autres femmes, enfin voilà, d'avoir un rendez-vous spécifiquement dédié aux questions de l'intime et plus lié aux questions des femmes, ça m'a... ça m'a vraiment donné de la force.»

C. Quelle suite donner aux ateliers ?

Les participant.es avaient différentes idées concernant la suite à donner aux ateliers auxquels ils et elles avaient participé. Certain.es voulaient participer à de **nouveaux ateliers** ou **créer de nouveaux groupes**. D'autres voulaient faire **intervenir un.e professionnel.le de santé**, ou y réaliser des **dépistages** du cancer du col de l'utérus. Beaucoup ont évoqué le **partage de leur expérience des groupes avec leurs proches**.

Béatrice: « *Et du coup à côté de ça, moi à ce moment-là, j'ai monté un groupe. Un groupe sur place, dans ma région. Donc à ce moment-là, c'est un groupe qui s'est monté avec une copine. On a rassemblé des personnes et on a monté un groupe.* »

Lola: « *Et j'en parlais avec la, tu vois la sage-femme avec qui j'en parlais, elle est... ça l'intéressait vachement ce questionnement sur les... qu'on avait sur les groupes de self-help, etc. Et elle disait qu'elle se demandait pas mal avec les sages-femmes comment elles pouvaient aider, etc. Et nous on va, dans notre groupe par exemple, on va la faire venir. Du coup, on met toutes des sous, et on va la faire venir une heure dans l'atelier.* »

Kanza: « *Je me souviens juste dans les mois qui ont suivi mais même encore maintenant, je... de beaucoup en parler. De moi, raconter mon expérience, pour donner envie aux autres, bah... de faire. Et je sais que des copines, du coup, y sont allées, tout ça.* »

III. L'impact des groupes d'auto-gynécologie

A. L'impact sur le suivi gynécologique institutionnel

1. Sur la fréquence et le type de professionnel.le choisi

Pour quatre personnes interrogées, la participation à un groupe d'auto-gynécologie n'a **pas modifié** leur fréquence de consultation. Pour six d'entre elles, cela a **diminué** la fréquence de suivi. Les deux dernières personnes ne se sont pas prononcées.

Lola : « Oui, bah... ma gynéco, je l'ai depuis super longtemps. 'Fin cinq ans je pense au moins. Et euh... et donc du coup, je continue à aller la voir tous les ans. »

Delphine : « Mais euh... de toutes façons, j'ai jamais été dans la peur de mon corps et de me dire "ohlala, faut que j'y aille tous les ans, pour voir si y a pas un problème". De toutes façons, j'ai jamais été comme ça. Et maintenant encore moins. »

Les ateliers d'auto-support ont pour la plupart des personnes interrogées entraîné la **modification du ou de la professionnel.le consulté.e**. Plusieurs personnes ont préféré poursuivre leur suivi avec **un.e sage-femme**. Deux personnes ont désormais un suivi par leur **médecin généraliste**. Et deux autres ont poursuivi le suivi par le/la professionnel.le qu'ils et elles connaissaient.

Émilie : « Moi j'ai un suivi gynéco pour le coup. C'est juste que ça s'est fait comme ça et que mon gynéco est très compétent. Il ne va pas me faire chier ni sur mon poids, ni sur mon orientation et que ça me va. Et du coup, c'est vrai que j'ai pas cherché à voir un autre soignant ou une autre soignante. »

Les interviewé.es qui se sont tourné.es vers d'autres professionnel.les ont avancé différentes raisons à ce changement. Ils et elles recherchaient une **meilleure disponibilité**, une **écoute plus importante** et une **place différente** au sein de la consultation.

Céline : « *Plutôt une sage-femme depuis quelques années. C'est plus confortable, en terme de temps, en terme de disponibilité, en terme d'écoute justement.* »

Kanza : « *Elle ne m'a pas posé de questions indiscrètes sur ma vie actuelle ou sur ma vie passée. Tout ce qui ne concernait pas le, ce pourquoi j'étais là, en fait. Elle était vraiment dans quelque chose de : "qu'est-ce que, maintenant [insiste sur le mot], je peux faire pour toi ? Et en quoi mon savoir, moi, je peux te le transmettre, ou j'ai des outils pour t'aiguiller sur quelque chose." Et donc, ça pour moi, c'est hyper précieux. Et je pense que je, je ne pourrais pas, euh... maintenant [rires] voir un autre gynéco, d'une autre manière en fait, ouais, ouais. [...] Et puis du coup, ça laisse beaucoup, beaucoup de place pour euh... pour s'exprimer en fait. [...] Et du coup, euh... bah... de sentir qu'on peut être comme ça, parce que elle ne va pas faire de questions fermées, parce qu'elle va te laisser, toi, amener les sujets que tu as envie d'amener.* »

2. Sur les motifs de consultation et l'abord des problèmes gynécologiques

Les motifs de consultation se sont également modifiés après la participation aux groupes. Grâce aux ateliers, certaines personnes se sont rendu compte de **l'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus** et retourneront chez un.e professionnel.le pour le réaliser. D'autres consulteront pour avoir **un avis sur un problème spécifique** et non plus de manière automatique comme elles en avaient l'habitude. Plusieurs personnes ont évoqué l'idée de prendre rendez-vous pour répondre à des **questionnements physiologiques**.

Agathe : « Pareil pour le frottis du coup. Là, moi, ça m'a fait me rendre compte que finalement c'était quelque chose d'important. Alors qu'on n'en a pas forcément parlé. Mais juste, le fait d'évoquer les manières qui ont été mal faites, je me suis rappelé qu'en fait, oui, il fallait le faire. Et donc que peut-être ce sera des questions que je me poserai, que je poserai à des proches qui pourront me répondre et qui me pousseront du coup, à aller faire ce frottis. »

Gaëlle : « Mais euh... ouais, je pense que j'irai voilà, quand j'aurai besoin, soit d'une prescription, soit d'un frottis, soit d'un avis sur un truc que j'ai observé ou... En fait, si j'ai un symptôme quoi, un truc qui nécessite un avis médical. Pas de manière systématique ou automatique comme j'ai pu le faire avant. »

Lola : « Et oui, et d'aller voir une sage-femme, justement. Pour comprendre un peu plus comment fonctionnait ma sexualité, comment je, euh... moi j'avais plus ou moins cru, je savais pas trop comment fonctionnait le périnée. Je savais pas du tout... où... 'Fin, disons que je savais théoriquement où c'était, mais pas du tout comment sentir, vraiment à quoi il servait, etc. Comment si... moi, je me demandais si j'avais pas, moi, un problème de... qui soit pas assez musclé ou etc. Et, du coup, de faire cette démarche-là, d'aller voir une soignante, pareil, j pense que je l'aurais pas fait si y avait pas eu les ateliers. »

Les problèmes gynécologiques ne sont plus abordés de la même manière. Les personnes **ne s'inquiètent plus** aussi rapidement. Elles ont plus **confiance** dans **leur ressenti**. Certaines essaient de **régler elles-mêmes** ce qu'elles jugent problématique avant de consulter.

Kanza : « C'est pas parce que ça concerne ta fufoune, que forcément, ça va être hyper grave et absolument aller faire des examens et faire des prélèvements, des choses comme ça. Non, c'est, c'est comme le reste de ton corps en fait, considère le... comme quand tu t'égratignes, et tu as mal, et ton corps se répare aussi tout seul. Ton corps, il est très capable de faire ça. [...] bah...

exactement comme avec le reste du corps, bon bah... là, y a un moment, je ne sais plus, et j'ai besoin de l'avis d'un professionnel, donc je vais voir un professionnel. Et de m'alarmer beaucoup plus tard en fait. »

Fanny : *« Bah... être euh... de savoir beaucoup plus s'écouter quoi. Euh... être plus sensible à la chose, du genre euh... “ah tiens, euh...” À un moment donné, j'ai changé d'odeur, donc je suis capable de me rassurer, en disant “ok, bah là, je vais prendre un moment pour moi. Je vais m'ausculter. Je regarde le pH de mes muqueuses. Ok. Non en fait, c'est bon, euh... bah voilà.” [...] Ce genre de choses, je l'avais, mais là, c'est en différent. C'est vraiment, euh... je, je suis plus sensible, à voilà, par exemple des sensations qui vont se passer. [...] À différencier plus subtilement les signaux du corps. »*

Justine : *« Ah c'est ce truc de, de, quand t'as un truc qui t'arrive, un truc sur ta santé, question de contraception, surtout sujet gynéco hein, contraception, quand t'as des mycoses, des cystites, des machins, 'fin des trucs,... Quand t'as des trucs qui t'arrivent, moi je me sens plus du tout démunie, je me sens pleine de ressources pour, euh... pour aborder ces sujets-là et pour régler mes problèmes aussi. »*

3. Sur la relation de soin

Il y a eu de nombreux échanges autour de la modification de la relation de soin entre la personne et le ou la professionnel.le. Les personnes interrogées ont globalement trouvé que la **qualité des échanges était améliorée pour soi** mais aussi **pour le ou la professionnel.le**.

Gaëlle : *« J'pense que euh... par rapport, c'qui a pu changer, c'est que, j'ai été plus honnête. Je crois. Souvent dans mes consultations avant, euh... j'disais pas vraiment ce que je voulais ou je me retrouvais à mentir. Tu sais, ce truc un peu de sidération où on te pose une question et que tu*

réponds “oui” alors qu'en fait, c'est non que tu veux dire ou l'inverse. Euh... ce truc-là, ne m'est pas arrivé, tu vois, dans cette consult'. Je me suis pas retrouvée à dire un truc que je voulais pas dire ou au contraire à pas dire un truc que je voulais dire. Et c'était vraiment plus une discussion. »

Lola : « Du coup, comme tu prends confiance en toi et que tu te sens plus à l'aise et que tu sais aussi un peu mieux comment ça marche, la relation avec les soignants peut être que plus équilibrée. Et plus productive. 'Fin mieux, non seulement pour la personne soignée, mais pour le ou la soignant.e. [...] Et j'en parlais avec la, tu vois la sage-femme avec qui j'en parlais, elle est... ça l'intéressait vachement ce questionnement sur les... qu'on avait sur les groupes de self-help, etc. [...] 'Fin elle, en tout cas, c'est ce qu'elle me disait. Elle était trop contente que je vienne et que ça... que je m'intéresse à ma vie, en gros, à ma santé sexuelle, parce que c'était agréable pour elle de, d'échanger, de m'aider là-dessus. Et du coup, j'ai été, j'étais assez contente. J pense que c'est vraiment une démarche qui peut être positive pour tout le monde. »

Béatrice : « Et je lui ai appris à... enfin elle [la sage-femme] était hyper contente quoi. Je lui ai montré comment tu peux montrer à d'autres gens quoi, à mettre son spéculum, ouais. Elle était hyper heureuse et l'autre jour, elle avait même une étudiante avec elle et elle lui a dit “ouais regarde”. Elle était là, l'étudiante, elle était [voix chuchotée] “wouah”, hyper touchée quoi. »

Elles avaient l'impression de **gommer les rapports inégaux** au sein de la consultation, d'avoir **plus de place pour s'exprimer**. Beaucoup ont rapporté **un gain de confiance en soi et une meilleure assertivité**.

Kanza : « Euh... bah... y a un rapport d'égalité qui est énorme. Donc elle [la sage-femme]... je viens la voir en effet, parce qu'elle a un savoir, mais pas, du coup... où elle exerce pas sa

puissance sur moi, en fait. Sa puissance de sachant. Et ça, euh... héhéhé, c'est très agréable. Et puis du coup, ça laisse beaucoup, beaucoup de place pour euh... pour s'exprimer en fait. »

Lola : *« Mais, mais peut-être que quand même, oui, ça m'a aidée à prendre en confiance et à plus oser dire ce que je voulais ou ce que je voulais pas. »*

Fanny : *« Bah... hum... disons que je me suis aperçue que euh... par exemple, par rapport à mon suivi gynécologique, bah... je prenais tout le temps sur moi et je subissais. Aujourd'hui, j'ose dire "bah non, je vais plus aller, euh... chez la personne chez qui j'allais avant. Je vais plus subir ça. Je vais faire autrement" »*

Elles trouvaient par ailleurs que l'amélioration de la qualité des échanges permettait d'être également **mieux informées**. Elles se sentaient **plus actives** dans leur soin et **plus sûres d'elles**.

Iris : *« [...] éventuellement si y a un problème, je me sentirais plus forte aussi dans la relation avec le soignant pour lui demander euh... quelles sont les options [...] Du coup, j pense que je pourrais avoir tendance si j'avais un problème, à poser plus de questions pour comprendre. [...] Et être acteur. 'Fin, c'est le côté, euh... le fait d'avoir des connaissances en amont, euh... alors oui, ça permet aussi d'être acteur et de, de demander éventuellement des informations. 'Fin, les alternatives, euh... qui existent. 'Fin, les différents types de traitements qui existent. »*

Lola : *« Je pense que ça peut aider à se sentir beaucoup plus, voilà concernée, et sûre de soi. »*

Hiba : *« C'est sûr que ça a changé. Ça a changé un aplomb, tu vois. Je me, je me positionne pas comme si, euh... euh... comme si j'allais euh... comme si j'avais envie de croire tout ce qu'on me disait en fait. J'ai envie que ce soit un échange. »*

Enfin, certaines ne souhaitaient **pas parler des ateliers** auxquels elles avaient participé lors de leur suivi institutionnel ; soit **par peur de jugement**, soit parce qu'elles pensaient que cela n'aurait **pas d'impact sur leur suivi**.

Hiba : « J'ai envie que... de pouvoir, euh... parler de mes pratiques... Pas de toutes mes pratiques, parce que y a des... parce que je considère que y a des trucs... 'fin, notamment euh... l'auto-gynéco et le self-help, euh... euh... je sais pas euh... quelques années en arrière en tout cas, euh... on se disait plutôt qu'on n'en parlait pas. Euh... pour pas euh... s'confronter à un truc de... euh...euh...de... comment on dit ? Pratique illégale de la médecine. Et euh... ou en tout cas, accusation de ça, ou mettre un, un projecteur là-dessus. »

B. L'impact des groupes sur le corps

1. Sur le corps physique

Il y a eu beaucoup de témoignages concernant le **gain de connaissances anatomiques** et aussi la joie que cela procurait.

Delphine : « Moi, j'ai appris plein de choses, comment dirais-je, c'est, c'est quand même fou, quand même. Moi, j'ai 38 ans. Et qu'à 38 ans, on découvre un peu ce qu'est notre sexe en fait. [...] Ils nous ont donné en fait, des euh... des spéculums, etc, pour qu'on puisse faire... Je pense que je vais prendre le temps un jour de le faire, parce que je... parce que... franchement ! J'ai trouvé ça génial ! C'est bête. Je sais pas trop expliquer pourquoi, mais ça m'a fait un bien fou. »

Lola : « Cette sensation de enfin [insiste sur le mot] comprendre, euh... comment on est faite. Et euh... surtout sur un plan aussi important. 'Fin, le sexe c'est quand même hyper important. Et ouais, ce que je disais, la santé sexuelle et reproductive, affective, c'est quand même... 'Fin en

tout cas, moi, ça me paraît essentiel. Et je me suis rendu compte que j'avais aucune, très peu de connaissances de mon corps et de mon sexe avant cet atelier. [...] bah... le connaître, c'est-à-dire pouvoir euh... pouvoir nommer, pouvoir reconnaître les, euh... mon sexe. Alors c'est, 'fin ça déjà, c'était assez fou. »

Les personnes ont par ailleurs évoqué l'**amélioration de la perception de leurs sensations corporelles**. Elles osent désormais s'emparer du spéculum pour **s'observer** seules et **désacralisent** cet acte.

Gaëlle : *« J'ai l'impression que ça l'a fait... moi ce que j'ai l'impression, c'est qu'il y a une, euh... ça fait exister. Qu'en fait en, en nommant, en voyant, euh... ça fait exister plus de sensations. Ça précise, ça précise des choses. J'ai l'impression qu'en, en, en... Ouais, quand,... que finalement, en nommant et en voyant y a des nouvelles sensations, des, des, des... une prise de conscience, euh... sensorielle tu vois, euh, le truc. Par exemple, euh... par rapport à mes douleurs d'endométriose maintenant j'arrive mieux à dire comment j'ai mal. Où j'ai mal. J'arrive mieux à me souvenir à quoi elle ressemblait, la douleur. Tu vois, ça la fait exister de façon plus précise et plus détaillée. »*

Kanza : *« Même rien que dans la manière dont je l'aborde maintenant, de me dire que c'est plus un corps étranger qui me démange, qui me gêne et qu'il faudrait enlever. C'est quelque chose qui m'appartient et qui me dit des choses, et, et donc je regarde. Et après, euh... et voilà. Et donc en fait, ça passe, 'fin ça passe tout seul, dans le sens où moi je suis comme ça après. Je sais que c'est... que c'est voilà, que mon corps parle. Et que j'essaye de l'écouter. [...] Parce que je pense que c'était pas une porte ouverte dans mon esprit [de regarder son sexe]. C'était quelque chose qui était pas... possible. Enfin, c'était...je m'étais jamais dit que je pourrais faire ça. C'était*

vraiment pas... mouais... ça faisait un peu comme si c'était un peu étranger à moi. Et que c'était réservé à des médecins de faire ça. Donc, ça, ça a été une grosse conquête en fait [rires]. »

Enfin, certaines essayent de **se soigner elles-mêmes** avant de consulter.

Fanny : « Donc, si je ressens quelque chose qui à l'air de pas aller, d'abord je vais pratiquer les gestes que j'ai appris, regarder, voir, et de temps en temps, demander conseils à la sage-femme que... qui nous a donné ce savoir-là. Et, euh... jusqu'à maintenant, quand il y a eu des petits trucs, juste avec la discussion, moi, j'ai changé des choses dans mon quotidien qui ont fait que après ça allait mieux. Et que j'ai pas eu besoin de consulter plus. »

2. Sur le plan psychologique

Après les ateliers, de nombreux changements au niveau psychologique ont été rapportés. Plusieurs personnes expriment une majoration de leur **confiance en elles**. Elles parlent beaucoup d'un gain d'**estime de soi**. Pour certaines, les groupes ont apporté de la **sérénité**.

Céline : « Pour moi, y a toute une dimension, euh... d'autonomie certes, mais derrière ça, il y a aussi l'estime de soi. »

Justine : « Sur mon corps, ça m'a permis d'oser aller un peu plus dans la confiance que je pouvais m'accorder pour ressentir, pour le ressentir, et ressentir ce qui était bon pour lui. J pense que ça m'a donné aussi, ouais de la confiance, de la tranquillité. »

Kanza : « Je dirais que ça m'a apporté de la sérénité. Alors de la sérénité dans ma tête, mais aussi dans mon corps en fait. Y a eu quelque chose de, à euh... ça s'est pacifié en fait. Dans mon corps. Y avait un peu comme si y avait une tension entre, entre, entre ce que voulait être mon

corps et ce qu'il arrivait pas à être. Et que là, ça s'est éclairci en fait. Bah... parce que ça va aussi peut-être avec un travail que je fais moi personnellement de, de me, d'accepter que la fofoune fait partie de moi. Que du coup, je, je...C'est une partie et l'intérieur de, de moi. Il fait partie de moi et c'est... Et c'est, et ça m'appartient, voilà. »

La **vision de leur corps** et **leur schéma corporel** ont également pu être modifiés.

Agathe : *« Je pense que c'est surtout psychologique que ça change [la participation aux ateliers]. Enfin, du côté plus psychologique que physique. Parce que voilà, tu te dis, bah... c'est toujours pareil, c'est le côté vocaliser tout ça et d'entendre aussi tout ça, de recevoir tout ça, ça fait beaucoup de bien. Ouais, ça améliore la confiance par rapport à ton corps. Et donc, je pense que ça aide effectivement à cette reconstruction et ce schéma corporel finalement »*

Kanza : *« Et, euh...et auprès de la société, euh... qui..., j'ai eu l'impression, moi, dans mes souvenirs qu'on m'a toujours renvoyés, que j'avais un sexe, moi, pour faire des enfants. Et que du coup, autrement que euh... pour avoir des enfants, ouais, donc pour me reproduire, pour être mère et tout ça. Ça, euh... c'est très très acquis chez moi, et c'est très développé. Et à part ça, euh... je vois pas ce que j'en ferais avant en fait, de cet outil, à part faire pipi. »*

Le **rapport à leur corps** a pu être, pour certaines, modifié. Il s'est parfois **pacifié**. Une meilleure connaissance a permis à d'autres de mieux **s'écouter** voire de **s'accepter**.

Delphine : *« Quand on comprend son corps, on peut agir dessus. [...] Faut vraiment recréer ce lien entre le psyché, le corps, etc. Et, c'est vrai que les ateliers d'auto-gynéco, ça fait ça. Parce qu'on porte une conscience sur nos corps, on a une réflexion, on observe, on allie nos expériences. »*

Kanza : « Mmmh, non, non comme on parlait donc tout à l'heure avec la dissociation. Je pense que j'appartenais pas, ma fufoune ne m'appartenait pas vraiment. Je sais pas trop à qui elle appartenait, mais, c'est pas vraiment moi. »

Lola : « Euh... oui, oui bah... complètement, moi ça m'a complètement changé le rapport à mon corps. Et [...] j'en suis plus consciente, j'en prends plus soin du coup aussi. »

3. Sur le corps social

Certain.es interviewé.es ont également raconté que leur **vision du corps des autres** s'est lui aussi modifié. Des préjugés ont pu être déconstruits.

Émilie : « En fait, j'trouve que c'est aussi important les ateliers de manière générale, les ateliers en non-mixité [sans homme cisgenre] ou les ateliers avec une mixité, de euh... saisir en fait, qu'on peut être à l'aise aussi avec ce type de corps. »

Justine : « Et j'pense que ça m'a donné, ça m'a vraiment élargi l'esprit, au sens très positif du terme. Sur les autres et sur leur rapport à leur corps. »

C. L'impact des ateliers sur la vie gynécologique

1. Sur la sexualité

Différentes modifications ont été rapportées. Certaines personnes voyaient une **amélioration de leur plaisir sexuel** et de leur **libido**. D'autres évoquaient leur **droit à l'auto-sexualité**, ainsi qu'**un rapport à soi pacifié** après la participation aux groupes de *self-help*.

Delphine : « En fait, moi, je me suis vraiment mieux sentie dans mon corps en fait, après ça. En fait, j'étais vraiment transformée, et ça m'a, euh... Euh... 'fin j'ai vraiment eu une libido différente, vraiment envie de mon mari... enfin ça a vraiment changé plein de choses ! [...] hum... en fait, y avait des endroits, quand je faisais l'amour ou quoi, où... où je, où j'avais l'impression que ça faisait mal dans mon sexe. Ou des choses comme ça. Et en fait, en l'observant, je me suis rendu compte, qu'en fait, bah... j'pouvais toucher ou des choses comme ça.»

Iris : « C'est des choses dont on avait beaucoup parlé, et euh... et puis euh... et puis aussi le, le... plus d'exigence de réciprocité dans le plaisir, euh... 'Fin le fait de, de, 'fin pas de... ouais, de revendiquer le fait que euh... en fait, moi aussi j'ai le droit au plaisir. Euh... c'est pas quelque chose qui est négociable en fait. [rires] Euh... mais parce que en fait, c'est vraiment la prise de conscience du fait que, euh... c'est... je suis importante. Mon plaisir est important. Euh... et moi aussi j'en ai besoin. [...] Et euh... du coup, le fait de dire à cinq “C'est pas normal. J'ai envie que ça change”, ça permet vachement, de euh... quand on dit ça dans la relation intime à deux, d'être vachement... beaucoup, beaucoup plus sûre de ce qu'on veut en fait. C'est en ça, le gain de force, il est aussi en ça. Donc là, c'est plus [dans le sens de beaucoup] intime et sexuel, plus que santé. Et en fait, c'est, pour le coup, pour la santé générale, c'est hyper important. La santé totale quoi. »

Lola : « Y a eu... j'ai commencé à me, à vraiment me masturber. Et euh... avec, pas qu'avec un sextoy en gros, et avec les doigts. Et ça, c'était nouveau, et j'pense aussi que c'est grâce à l'atelier. Euh... alors, avant les ateliers, c'était pas possible, 'fin non parce que j'avais pas trop essayé. »

La **vision de la sexualité** a été modifiée. Certaines ont entrepris une **déconstruction des rapports hétéronormés** et se sont questionnées sur leur propre sexualité.

Émilie : « *Et de fait, on n'a pas les mêmes pratiques. Discuter avec des filles lesbiennes, parler un peu de ce que elles, elles faisaient, de leurs galères, un peu de prévention. Ça m'a quand même amenée à me dire que ouais, y a encore des choses à faire ou envisager des types de sexualité différente.* »

Justine : « *Et après de façon plus large, j pense que ça a... Participer aux groupes, ça permet aussi de, de se questionner sur ses propres pratiques sexuelles. Moi, j'suis dans un couple hétéro qui a des pratiques assez hétéronormées. Et j pense que sur notre réflexion sur la... 'fin, dans la réflexion sur ma sexualité que je partage avec cette personne, ça a aussi vachement élargi mes horizons.* »

Cela a permis une **libération de la parole** autour de ce sujet **tabou**.

Hiba : « *Euh... prendre en compte des rapports de domination, euh... euh... en parler avec mes partenaires. Et... pour le coup, ça, ça a eu un, ouais, ça a eu un gros impact de savoir. Et du coup, d'informer aussi en fait, euh... encore, euh... des partenaires sur des fonctionnements euh... physiologiques, ou euh ouais... Et d'ailleurs, plutôt, ils ont tous été hyper euh... tous hyper contents d'apprendre des trucs quoi.* »

Kanza : « *Et du coup, ça m'a aussi aidée à parler et à parler autour de moi et à engager le sujet. Euh... et me rendre compte que voilà, que c'était pas, euh... c'était pour beaucoup d'entre nous, euh... une histoire complexe. L'histoire de la sexualité, du plaisir, de la foufoune en général [rires].* »

Et enfin, pour certaines, les ateliers ont permis une réflexion autour du **consentement** lors de leurs rapports sexuels.

Iris : « Alors le gain de force, j pense que c'est euh.. j pense qu'il est lié au fait de, de, de me sentir plus légitime pour demander du respect par rapport à ma personne de manière générale. Euh... en tant que femme et euh... aussi, par rapport à, à mon sexe. Donc plus dans la relation intime sexuelle. Et euh... et donc dans la relation sexuelle, ça passe par euh... le... 'fin de manière générale, le respect, le consentement. »

2. Sur le cycle menstruel

Concernant le cycle menstruel, plusieurs choses ont été modifiées. Les groupes d'auto-gynécologie ont permis à certaines personnes de comprendre **le fonctionnement de leur cycle**. D'autres ont adopté de **nouvelles stratégies** pendant leurs règles ou ont pu **diminuer leurs douleurs menstruelles**.

Béatrice : « J'ai commencé à observer, à comprendre, bah voilà, à toucher mon col. À aller prendre la glaire à mon col, à comprendre que j'ovule à tel moment ou du moins que c'est la période d'ovulation. À comprendre réellement quelle est la période critique en prenant en compte que, bah ouais, un spermatozoïde ça peut rester jusqu'à 7 jours dans ton vagin si y a de la glaire fertile. Enfin ben... voilà, toutes ces choses-là, ça m'a vachement appris sur mon corps mais j'sais pas si ça a été du jour au lendemain, tu vois. »

Justine : « J pense aussi, que y a des trucs qui ont évolué dans ma façon de gérer mes règles par exemple. Que j'ai, ouais... J'étais déjà pas mal avec la cup, mais disons que y a eu des trucs sur le flux instinctif libre que j'ai trouvés intéressants aussi. Bon, j'ai taché un certain nombre de culottes mais c'est pas très grave. »

Fanny : « Bah... après, justement avec les groupes de parole, euh... on en avait fait un... une réunion justement sur les règles douloureuses. Et on s'était un peu échangé toutes nos manières de fonctionner de [non compréhensible] avant, pendant, après, euh... Que ce soit sur, euh... quelques petits détails à changer dans l'alimentation, ou dans le rythme de vie ou... Et euh... du coup, ça donne des idées des fois qu'on n'a pas eues et qu'on n'a pas testées avant. »

3. Sur la contraception

Grâce aux groupes de parole et aux échanges, certaines personnes ont pu se **sentir légitimes dans leur choix** de contraception. Cela a induit chez d'autres un **changement de la méthode utilisée**, comme le choix d'une méthode de contraception masculine exclusive ; ou enfin, cela a permis de **découvrir d'autres moyens** de contraception.

Gaëlle : « Par rapport aux méthodes dites euh... naturelles de contrôle de la fertilité, la symptothermie et tout ça, le dogme c'est quand même genre, c'est pas fiable. Euh... et en fait, euh... je me rends compte que en fait, c'est difficile, 'fin, c'est absurde de dire c'est pas fiable. Parce que ça va dépendre de ce que les personnes entendent par là. Qu'est-ce qu'elles font exactement. Euh... Par exemple, une fois qu'elles ont identifié la période de fertilité, quels moyens elles mettent en place pour éviter une fécondation. Bah... en fait, là, y a plein de trucs différents quoi, y a des personnes qui s'abstiennent, y a des personnes qui mettent des préservatifs, y a des personnes qui euh... font du sexe sans pénétration, sans éjaculation dans le vagin. [...] Et en fait, ça fait une combinaison de plein de stratégies contraceptives qui correspondent rarement à ce qu'on nous présente dans le panel des contraceptions possibles. »

Justine : « Ces ateliers-là, ils ont en quelque sorte légitimé euh... le... [rires] le mode de contraception qu'on utilisait avec euh... avec mon compagnon, qui était... que tu trouveras

jamais en gynéco, parce que c'est le retrait et que c'est pas hyper fiable. [rires] Donc en général, eux [les gynécos], ils voient le truc sous l'angle hyper, disons euh... très étroit de "faut une contraception efficace". Du coup, y a jamais personne qui recommandera jamais le retrait comme contraception. J'trouve aucun gynéco pour recommander ça. Et sauf qu'en fait, pour nous, ça fonctionnait vraiment hyper bien quoi. Donc euh... c'est un truc qui a pu être abordé en groupe, euh... en atelier. Et qui m'a un peu rassurée. »

Lola : *« J'ai changé de contraception. Alors, ça fait qu'après les ateliers, j'ai plus, j'ai euh... On est... j'ai fini par arrêter le stérilet que j'avais. Et qui me, qui en fait, ne me convenait pas du tout. Mais j'ai mis beaucoup de temps, 'fin je me suis beaucoup accrochée. Et je pense que tu... avoir conscience de... juste du fait de s'écouter et d'essayer de... comme je te disais, de suivre son cycle et essayer de voir ce qui te convient et ce qui ne te convient pas ; pour moi c'est une des conséquences aussi des ateliers. Alors, c'est pas que grâce aux ateliers, mais 'fin, c'est vraiment un gros facteur. Donc j'ai quand même arrêté cette contraception qui ne me convenait pas. Et là dans mon couple, on est dans une contraception qui nous conviendrait mieux, en l'occurrence ça va être probablement une contraception masculine. »*

4. Concernant les accouchements et l'avortement

Les ateliers ont permis d'évoquer **des sujets peu abordés** en groupe habituellement, comme la grossesse ou l'accouchement. Certaines personnes ont pu y trouver des réponses par rapport **au vécu d'un avortement** notamment.

Justine : *« Ce que je trouve hyper intéressant même là-dedans, c'est qu'à la base, elles sont pas venues pour ça [parler de maternité], mais en fait, ce truc, elles l'ont en elles. Et juste, elles peuvent pas aller à un groupe sur la maternité, parce qu'elles en sont pas là. Mais c'était*

incroyable de quand même pouvoir échanger des trucs. Surtout dans ce groupe d'atelier où justement tu peux questionner le truc de base, etc. Moi j'étais déjà allée un peu loin [dans la réflexion]. Et puis j'avais déjà écouté des récits d'accouchement, beaucoup de récits de parcours médicaux de grossesse, etc. Donc j'ai pu repartager un petit peu, de façon assez anonymisée, une diversité d'expériences. Et j pense que, ouais, ces nanas-là, qui étaient passionnées par ça, j'aurais, j'vois pas à quel autre endroit qu'un atelier de gynéco mais normal, elles peuvent rencontrer cette info. »

Hiba: *« J'me suis rendu compte deux avortements plus tard, que l'avortement à fond, c'était génial de pouvoir avoir accès à ça. Mais c'est pas, euh... c'est pas rien du tout. Ça a des implications, euh... et... et en plus, en fait, le fait de, de... de poser la question comme ça, on pose pas la question, de euh... “qu'est-ce que ça, comment ça euh... qu'est-ce que ça implique en fait, physiologiquement, euh... psychologiquement euh...?” Moi, j'ai l'impression de m'être retrouvée dans ce truc, bah... ça me paraît hyper normal d'avorter. Et puis en fait, je me retrouve à gérer des conséquences que j'avais pas euh... prises en compte. Et ça pareil, euh... bah... du coup, le self-help et l'auto-gynéco c'est, c'est des techniques de réappropriation qui euh... qui m'aident à avancer sur ces questionnements-là quoi. »*

D. L'impact des groupes sur les connaissances gynécologiques

1. Critiques sur la transmission du savoir

Malgré un niveau d'étude élevé des participant.es, huit personnes ont partagé le sentiment de **ne pas avoir assez de connaissances gynécologiques**. Les ressources utilisées avant les groupes d'auto-support étaient diverses mais cela n'était **pas suffisant** pour acquérir un savoir nécessaire.

Émilie : « On s'est rendu compte que c'est vraiment intergénérationnel, le fait de pas être au courant, d'avoir un rapport à la norme, voilà. "J'ai des grandes lèvres, est-ce-que c'est normal ? Et puis elles pendent un peu. Et puis un clitoris, c'est gros comment ?" Y avait vraiment des questions très, euh... que honnêtement, je ne pensais pas voir abordées par des femmes adultes quoi. »

Lola : « Je me suis rendu compte que j'avais aucune, très peu de connaissances de mon corps et de mon sexe avant cet atelier. Que j'avais, j'avais dû... en tout cas, personne m'avait jamais expliqué. J'avais jamais rien vu à l'école ou avec mes docteurs ou gynéco que j'allais voir depuis que j'avais 15 ans. Ou même avec mes partenaires. [...] Typiquement, en fait, euh... j'me dis, si à 26 ans, j'ai découvert mon sexe, c'est peut-être aussi que personne, aucun médecin ou gynéco s'était soucié de me montrer avec un... pendant que je me faisais examiner ou de m'en parler un peu. Parce que y a pas l'envie ou le temps. Après, ça prend du temps, hein. Mais euh... et parce que les problématiques, comme je disais, dans le suivi euh... gynéco, elles sont très fonctionnelles et pas vraiment, euh... d'éducation. »

Ces critiques ne s'adressent pas qu'au monde médical, la **transmission parentale** est également interrogée. Si certains sujets ont été abordés avec les parents, l'information transmise semble rester de **surface**, et ne permet pas aux personnes de répondre à leurs attentes.

Agathe : « Je viens d'un milieu, dans ma famille, mon père est médecin. Mon copain, mes ami.es sont médecins, kinés. Bon après, c'est pas pour ça que j'étais si bien renseignée je crois. Mon père me faisait des trucs un peu automatiquement.

Sans t'expliquer ?

Ouais, genre les vaccins papillomavirus tout ça, il me les a faits sans dire, trop dire ce que c'était. C'était contre le cancer du col de l'utérus. La pilule pareil, il me la prescrivait. Il m'avait dit ou ma mère m'avait dit comment ça marchait. Et puis voilà, sans plus. »

Fanny : « C'est assez étrange, euh... dans le sens où oui, où j'ai commencé à avoir des relations, elle [sa mère] m'a dit “ok, bah... en fait, dans la maison, on va mettre en place ici, y a un petit coffre et dedans y aura [incompréhensible, probablement préservatifs]” et puis après voilà, j'ai dit “ouais, mais bon, un moment donné, j'aimerais bien prendre la pilule”. “Ok, bah voilà, j'te file une plaquette” mais pas plus. Ça a pas été plus loin. On n'a jamais parlé de... elle m'a jamais dit par exemple “ce serait bien que tu ailles te faire dépister”. On n'a jamais pris le temps d'en parler. C'est juste, j'énonçais quelque chose, elle répondait à sa façon et... ça s'arrêtait là. Donc c'est pas tabou mais faut quand même pas non plus trop creuser quoi. »

Enfin, d'autres ont expliqué qu'avant les ateliers, elles pensaient avoir de bonnes connaissances gynécologiques. Les groupes leur ont quand même permis de **majorer leur savoir**.

Lola : « Et pourtant, disons, je pensais connaître [en savoirs gynécologiques] et en fait, je me suis rendu compte que je connaissais pas si bien. Mais je me classe, je me serais classée comme quelqu'un qui s'y connaissait. Qui s'y connaissait en fait. Ce qui est un peu, 'fin, que j'ai trouvé fou. »

2. Modification des ressources utilisées après la participation aux ateliers

Après la remise en question de leurs connaissances, la recherche de savoirs concernant la gynécologie a été modifiée. D'une part, ils et elles recherchaient plus de **témoignages** et **de retour d'expériences**. Ils et elles hésitaient moins à **interroger leurs proches** sur des questions

intimes. D'autres faisaient des **recherches plus ciblées sur internet**, privilégiaient **des articles scientifiques** et des sources sûres. Enfin, certain.es n'hésitaient plus à demander conseil **auprès de professionnel.les**.

Gaëlle : « Ouais, j pense que je fais des recherches plus ciblées. Je pense que j'arrive plus à lire même de la documentation un peu euh... de données scientifiques, d'articles scientifiques ou euh... de recommandations destinées plutôt aux prescripteurs ou aux soignants quoi. »

Fanny : « Donc si je ressens quelque chose qui a l'air de pas aller, d'abord je vais pratiquer les gestes que j'ai appris, regarder, voir, et de temps en temps, demander conseil à la sage-femme que... qui nous a donné ce savoir-là. »

3. Sur l'avidité de connaissances

Suite aux ateliers, l'envie de **comprendre** et d'**acquérir des connaissances** a été plus importante pour plusieurs personnes ; et ce, dans différents domaines dépassant la gynécologie.

Hiba : « Euh... bah...euh... bah... je me suis approprié le fait de...de savoir, de connaître et de pouvoir savoir plus. Tu vois, y a ce truc où en fait euh... y a pas de limite dans le fait d'apprendre sur son corps et de... Et j pense que ça, j'en avais...vaguement conscience mais que c'était quand même un peu loin quoi. [...] Bah... tu... de... tu apprends quoi, tu apprends à connaître ton corps et en plus, tu peux encore apprendre plus. 'Fin tu vois, y a ce truc de... de... ouais, d'infinité de connaissances quoi. »

E. Les impacts en dehors de la sphère gynécologique

1. Un gain en autonomie

Les personnes ont rapporté que les groupes avaient eu un impact qui a dépassé l'aspect gynécologique. Certaines prennent mieux en compte **leur santé globale**. Elles mettent cela en relation avec une **autonomisation** concernant leur santé. En **s'écouter mieux** et en se sentant **légitimes d'expertise de leur propre corps**, elles ont plus envie d'en prendre soin.

Béatrice : « [...] de faire un peu plus attention à ma santé et aussi euh... 'fin, mais pour moi c'est pas qu'un truc... de mieux comprendre mon corps, de faire un peu plus attention à ma santé. [...] Là, on tâtonne, on fait des recherches ensemble. Enfin voilà, on ouvre des bouquins. On est plus dans une pratique d'autonomie en fait. Et je pense que pour l'acte de la guérison, c'est aussi important d'être dans l'autonomie du soin. »

Lola : « Depuis les ateliers, je vais plus... c'est les, c'est... ça m'a plus changé mon rapport à moi, avoir plus envie de m'en occuper. [...] Et euh... du coup, d'être plus à l'aise dans mon corps, d'être plus à l'aise dans mes relations, dans ma relation amoureuse, dans ma relation aux autres, dans ma façon de prendre soin de moi [...] Après du coup, après, y a pas que l'atelier, puisque ça a... 'fin, ça a des répercussions sur tout le reste. Parce que te sentir bien dans ta... 'fin se sentir bien dans son corps ou se sentir bien dans son sexe, ça a des impacts sur se sentir bien dans ses relations, après dans le monde [rires] en général ! »

Céline : « Vraiment l'autonomie des gens, s'approprier son corps, l'estime de soi. Pour moi, finalement tout ça, c'est une question de bien-être. Et en chemin, s'approprier sa santé et surtout se redonner des éléments et des outils pour agir soi-même. Et ne pas attendre du médecin qu'il me dise de me promener une demi-heure par jour pour être en forme, tu vois ? »

Ils et elles ont tou.tes parlé d'**empowerment**, c'est-à-dire le **pouvoir d'agir et la capacité d'apprentissage** pour y parvenir. Cette recherche d'autonomie de soin à travers les groupes leur a permis de se **sentir capables** de réaliser d'autres choses et d'agir en dehors de cette sphère-ci.

Fanny : « *Énorme, j'ai euh... même si c'est pas physique, du corps et tout ça... Mais j'ai énormément pris confiance en moi. J'ai... ça me permet d'oser penser autrement aussi. [...]* Bah... disons que le fait de m'autonomiser dans ce domaine-là, qui euh... dans lequel j'avais aucune connaissance, j'avais aucune notion et du coup je déléguais tout à un, à une personne du monde médical et que là je m'aperçois que j'ai pu le faire sur ce point-là. Bah... pourquoi je peux pas le faire sur tous les autres points de ma vie quoi ? Du coup, c'est ça, c'est ok, maintenant, bon... je continue à de temps en temps à subir des trucs que j'ai pas envie. Ça me fait cogiter. J'fais "attends, là, tu l'as subi, tu voulais pas ça, bon... alors comment changer ?" [rires][...] Et du coup voilà, ça se répercute partout. Et du coup, c'est vraiment, je veux plus subir, je veux juste choisir. »

Iris : « *Euhmmm... Alors le gain de force, j pense que c'est euh... j pense qu'il est lié au fait de, de, de me sentir plus légitime pour demander du respect par rapport à ma personne de manière générale. »*

Justine : « *J'entends la capacité à... la capacité d'agir. Je me sens moi, en capacité de prendre des décisions et d'agir pour moi. Je me sens pas assujettie au bon vouloir de quelqu'un d'autre. Donc c'est hyper, c'est hyper bon pour mon intégrité, mon estime de moi-même. Pour euh... ouais, c'est, in fine, c'est quasiment un outil de connaissance de soi. De confiance en soi. »*

2. Sur les relations humaines

Les personnes ont trouvé que les ateliers de *self-help* ont modifié leurs relations humaines. Le rapport à l'autre s'en trouvait **amélioré**, avec une **meilleure capacité d'écoute** et **d'échange**. Un apprentissage **des fonctionnements des échanges au sein d'un groupe** a parfois été réalisé.

Gaëlle : « *J pense que ça m'a appris à écouter plus. Je pense que ça a augmenté ma capacité d'écoute, à accueillir des trajectoires de vie différentes des miennes, des opinions aussi différentes. À être moins dans... "Je veux à tout prix te dire ce que, moi, je veux penser." Et à plus [dans le sens de beaucoup] laisser les gens élaborer, voilà raconter leurs perceptions à eux. Et ça, je pense que ça m'a beaucoup aidée, c'est le... Ça touche moins au self-help de faire ce travail de groupe quoi... Ouais, de groupe de parole quoi. »*

Kanza : « *Et après, aussi pareil, ces consultations, euh... bah... ça m'a donné, ouais, ça m'a vraiment ouvert sur une autre manière de fonctionner. De comment peut fonctionner un groupe, de comment on peut fonctionner en individuel aussi. Le rapport à l'écoute, l'écoute de l'autre, euh... saaaans, sans prévoir ce qu'il va dire, sans le juger, sans s'immiscer dans sa vie, ouais. »*

La participation aux groupes d'auto-gynécologie a également pu avoir **un impact au sein du couple et de la relation amoureuse**.

Fanny : « *Mais même, on va dire, euh... côté, euh... 'fin dans mon couple, j'en parle aussi énormément. Mais du coup, euh... j'ai, j'ai aussi pris le temps de faire des... des auto-examens avec mon conjoint pour lui montrer comment ça se passait. Comment c'est à l'intérieur, tout ça. Et du coup, ça change quelque chose dans notre, euh... sexualité. Dans le sens où... 'fin on a un peu encore plus gagné en confiance euh... aussi. Je sais pas comment exprimer ce côté-là mais euh... Beaucoup plus complices et aussi du coup, beaucoup libérés aussi. [...] Euh ouais... et*

puis euh... de là, ça a engendré aussi plein de discussions qu'on n'avait jamais eues et... Du coup euh... mais, mais sur plein d'autres scènes quoi. Ouais, beaucoup plus, beaucoup plus proches du coup. »

Enfin, beaucoup ont exprimé le fait qu'ils et elles étaient devenu.es **personnes ressources**, identifié.es comme détenant un certain savoir et pouvant orienter leurs proches en cas de questionnements.

Émilie : *« J'ai l'impression d'être devenue une espèce de référence de la question pour mes ami.es. Ou des ami.es d'ami.es qui me contactent en message privé. Ou qui envoient des mails en disant “tiens, je pense que tu sais p't-être”. »*

3. Sur ses propres pratiques professionnelles

Pour une des personnes ayant participé à des ateliers d'auto-support gynécologique, cela a eu un impact sur sa **pratique professionnelle**. En tant que soignante, cette personne a mieux **pris en compte sa propre violence** et a essayé de **modifier sa prise en charge**. Sa **capacité d'écoute** a également été améliorée.

Agathe : *« Ouais, ça fait partie de mes connaissances, mais du coup, c'est pas forcément des sujets, enfin, si tu peux être, du coup tu peux être “violenteuse” gynécologique en étant kiné formée en uro-gynéco, car tu peux avoir des gestes invasifs. Donc, je pense que c'est... du coup, c'est d'autant plus intéressant pour moi de justement de voir et d'avoir des retours si des gens en ont vécu [des violences]. [...] C'est vrai que oui, techniquement je peux l'être [violente] et donc ça me donne aussi des armes pour surtout ne pas l'être [...] Et les groupes d'auto-gynéco*

m'aident aussi moi, à faire un retour sur ce que je fais et ce que je pourrais faire plus tard, quel impact ça pourrait avoir [dans ses consultations]. »

Agathe : « Enfin la première séance je fais rien d'invasif, je fais que parler, parler, parler, poser des questions, proposer des choses pour la prochaine fois et expliquer ce qu'on fera la prochaine fois. Et les femmes étaient tout le temps hyper ravies et un peu bouche bée comme ça, à dire “ouais oh ben !” Je pense que c'est quelque chose qui est malheureusement pas forcément courant. »

IV. Les différences avec le suivi institutionnel

A. Comparaison entre les deux systèmes

1. Complémentarité des deux démarches

Les personnes interrogées ne mettent **pas en opposition** le suivi par un.e professionnel.le et la participation à un groupe de *self-help*. **L'un ne remplace pas l'autre** et les deux répondent à des **besoins différents**. On ne se rend pas dans un groupe avec un problème mais pour **échanger et partager des expériences**, et parfois pour **construire des savoirs collectifs**. Tandis que les professionnel.les sont consulté.es en cas de questionnements ou pour résoudre un problème.

Iris : « On parlait dans le groupe de questions de santé. Mais on n'a jamais, euh... 'fin c'était jamais euh... avec une volonté de s'abstraire de, d'avis de professionnel.les de santé. C'est clair que si j'ai un, un, un problème de santé dans la sphère gynéco que je ne sais pas identifier, euh... je vais pas essayer de... 'Fin, je vais aller voir un médecin. [...] Bah... un professionnel a priori, 'fin,... J'vais plutôt aller le voir quand j'ai un problème. À part pour le suivi, frottis, euh... mais

qui, qui est pas forcément un moment d'échange en fait, euh... verbal. Euh... mais euh... donc là, [dans le groupe d'auto-gynécologie] c'était une relation où y avait pas forcément de problème de santé particulier. Et donc euh... c'est un suivi euh... c'est de l'écoute, ça soigne d'autres endroits en fait, je pense, du corps. Mais c'est pas forcément toujours pour régler un problème. »

Émilie : « *Pour le coup, c'est vraiment des trucs auxquels je tiens, autant j'suis hyper pour l'auto-support et l'auto-connaissance, c'est hyper important, ne serait-ce que pour détecter quand on a besoin d'avoir un suivi, autant ça remplace pas un suivi quoi. »*

2. Les différences dans le cadre

D'après les personnes interviewées, les différences se situent dans la **temporalité**. Pour un suivi institutionnel, il faut parfois **attendre longtemps avant d'avoir un rendez-vous**. De plus, le temps de consultation est beaucoup plus court. Les personnes avaient parfois le sentiment de ne **pas avoir suffisamment de temps** ou d'**être pressées** lors de la consultation.

Agathe : « *Je pense que ça peut avoir un impact que positif. Parce que, si tu as des questions, tu as plein d'autres interlocuteurs que juste devoir prendre rendez-vous avec une gynéco, attendre trois plombes, peut-être oublier ta question. Là, tu sais que tu as des gens à qui tu peux en parler. [...] d'avoir vraiment du temps, enfin, ce temps libéré dans ton planning de ministre. "Maintenant on va parler ensemble de ce sujet-là et, et pas d'autres choses quoi." Toi, et les autres aussi. Donc, ils sont tous là pour ça. Là, par exemple, on a fait le tour de table, donc chacun avait son temps de parole, pouvait dire ce qui lui importait. Et je trouve que quand tu es chez un professionnel de santé, ben... tu vois les gens qui sont dans la salle d'attente. Et tu vas, enfin, moi en tout cas, c'est mon ressenti, je vais me sentir obligée de faire vite. Et du coup, pas pouvoir aborder tous les sujets ou pas me sentir forcément super écoutée, parce que moi, je vais*

penser que la praticienne, elle pense qu'elle va être en retard. [...] C'était surtout ça, par rapport aux soignants où t'as l'impression d'être un peu poussée, un peu pressée. Les groupes, tu te sens plus écoutée. »

Certain.es ont également comparé la **différence de prix** entre une consultation et un groupe. De plus, les **sujets abordés** n'étaient pas les mêmes. Certains sujets avaient pu être abordés dans des groupes et pas avec le ou la professionnel.le. Enfin, plusieurs personnes ont parlé de l'importance du **savoir expérientiel** construit grâce aux groupes d'auto-support.

Lola : *« Mais c'était un peu, pour que la parole en gros se, se libère. 'Fin en fait, c'est quand même des sujets un peu, 'fin des sujets intimes, dont on n'a pas forcément l'habitude de parler. En tout cas, pas avec autant de détails et pas aussi longtemps. Puisque du coup, ça dure quand même longtemps quand on se voit. Et on va assez loin dans ce qu'on dit. Et du coup, ça, on pourrait pas le... bah... le faire dans le cadre en fait, d'une consultation telle qu'on la connaît aujourd'hui. »*

Iris : *« Mais euh... ouais, donc j'ai pris conscience de euh... voilà, de l'importance des retours d'expériences. Et en fait, c'est le vécu. 'Fin c'est l'histoire, c'est le vécu euh... qui, qui sont importants à, à, qui déterminent beaucoup comment on vit les choses. »*

3. Les différences dans la relation

Plusieurs personnes ont parlé de la place laissée **aux émotions** au sein d'un groupe d'auto-gynécologie. Le **temps plus long** d'un atelier permet aux différentes personnes de s'exprimer et de **partager leurs émotions**.

Kanza : « 'fin y a pas la question du... bah... y a un autre patient après qui attend. Donc, on a besoin de faire... et t'as pas la place pour parler [dans le cadre d'une consultation institutionnelle], ou des choses comme ça en fait. Alors que là, il y a la place pour le temps, en fait. Que les mots arrivent, que... tout le monde puisse s'exprimer avec la... où il en est, où elle en est. Et aussi, à la place aux émotions. Et pour moi, ça, c'est hyper important. Ce qui est pas forcément toujours possible [dans une consultation institutionnelle]. Et parce que, peut-être que c'est pas son rôle ou je ne sais pas, hein. Mais, ou parce qu'en fait, on ne le considère pas comme ça, nous, actuellement. Mais la place à, à, à ouais, à ce que les émotions aient lieu, ouais, mmh, mmh. Et à les exprimer en fait, à ce qu'elles aient lieu et ce qu'elles s'évacuent aussi. Donc de pouvoir pleurer, de pouvoir rire, de pouvoir être en colère, de pouvoir dire des choses, euh... ouais c'était aussi un gros lieu de ça. »

Céline : « Tu peux partager un truc, si tu vas aller chez le médecin pour un truc ou pour un autre. Tu peux partager aussi avec le groupe de personnes. Et ça, ça a... je trouve que ça a un côté sécurisant, humain encore une fois. C'est toujours ça parce que quand un médecin te donne une info putain, mais t'es toute seule avec, quoi ! Tu vois ? Qu'est-ce que t'en fais après ? Et en fait, le médecin, il te donne le truc. Déjà dix minutes après, t'as une nouvelle question sauf que lui, il a un autre patient. Deux jours après, tu as encore une autre question. Et finalement, quand tu as un groupe de pair.es, de personnes sur lesquelles tu peux t'appuyer bah... déjà, tu sais que tu vas pouvoir partager tes inquiétudes, tes angoisses avec les autres. Et en fait, c'est toute la fonction de ces groupes, pour moi elle est là aussi, en fait. »

Les relations avec le ou la professionnel.le sont différentes de celles au sein d'un groupe. Il a souvent été cité une **asymétrie** dans le rapport institutionnel avec un côté **hiérarchique**. Les

échanges pendant les ateliers sont vécus comme plus horizontaux avec un **partage d'égal.es à égal.es**.

Béatrice : « Bah déjà, il y a pas le truc de hiérarchie, le truc de l'horizontalité [a probablement confondu avec le mot verticalité]. Et que en fait, t'as des personnes, 'fin ça dépend des groupes mais en tout cas, tu vois par exemple, j'sais pas, mais si dans un groupe il y a trois personnes qui ont un papilloma[virus] ou une dysplasie, bah... on va en parler de manière horizontale les unes avec les autres. On va s'entraîner, on va se donner des conseils de soin, de machin. C'est pas du tout la même approche en fait, que dans un cabinet où t'as le médecin qui dit "bah voilà, tu vas prendre ça, parce que c'est ça qui va te soigner." Là, on tâtonne, on fait des recherches ensemble. »

Justine : « Déjà, ça n'a rien à voir, parce que c'est, dans un groupe, y a pas forcément de professionnel.le. Donc t'es, quand t'es face à un professionnel, tu te retrouves quand même assez rapidement dans une position où y a une personne qui sait et une personne qui sait pas. Donc t'as une relation de subordination. [...] Dans un groupe, ça a rien à voir, y a pas, pour moi, y a pas de relation de pouvoir. Du coup, t'es plus dans du partage et le fait de grandir collectivement. Hum... t'es dans un lien beaucoup plus horizontal. Et dans, y a quand même un espèce de prérequis de base, qui est, que si on se retrouve en groupe à ce moment-là, c'est qu'on a tous envie d'être là. On est tous venus chercher quelque chose. On est soit venus chercher du soutien, soit offrir du soutien. Et en général les deux. »

B. Une consultation idéale

1. Des souhaits pour la consultation gynécologique

Plusieurs personnes ont des désirs concernant le déroulé de la consultation gynécologique. Certaines personnes ont proposé **l'utilisation de miroirs** pour voir en même temps que le ou la professionnel.le. D'autres ont parlé de **position à l'anglaise**, en décubitus latéral avec un genou replié à 90° pour se faire examiner. L'idée de **réaliser soi-même** certains gestes techniques a été évoquée. Enfin, certaines personnes ont insisté sur l'importance de la **recherche du consentement**.

Lola : « *J'ai une copine qui m'a dit "ah ! mais ça, ah mais moi, ma gynéco, elle m'a montré mon sexe avec le miroir. Et c'était trop cool." Et du coup, c'est des trucs qu'on fait, 'fin c'est de l'auto-observation. C'est des choses qu'on fait, qu'on peut faire seule ou en groupe. Et c'est vrai que c'est chouette, que ce soit... moi j'trouverais ça chouette aussi que ça puisse être fait avec euh... une ou un soignante. Euh... qui en... 'fin si les deux ont envie, et ça peut être super chouette. Moi, je pense que j'aurais, j'aurais aimé. »*

Delphine : « *Mais que des gynécos proposent éventuellement euh... bah... aux femmes de se mettre sur la position sur le côté. [...] 'fin et peut-être éventuellement, p'têt de pas mettre le spéculum, si c'est pas évident. Ou si les femmes savent mettre le spéculum, leur proposer ou pareil pour la sonde. Ou qu'il y ait une manière de proposer sans que ça choque la femme, que ça devienne assez habituel en fait. »*

Émilie : « *Et c'est important aussi que les soignants aient à l'esprit, qu'il y a plein de gens qui ne sont pas en mesure de dire non à certains actes. Et que c'est à eux en fait, de prendre la mesure de ça. Et c'est à eux de précéder ça, en fait. L'idée ce n'est pas d'attendre que quelqu'un exprime*

son consentement. Faut poser la question. Il me semble avoir lu quelques extraits de lois qui stipulent que c'est bien au médecin de s'assurer du consentement donc, euh... voilà. »

2. Des attentes médicales

Les personnes consultent un.e professionnel.le pour rechercher **un savoir médical**. Elles ont exprimé l'importance de **leur choix** et de **leur liberté** suite à cette expertise.

Hiba : « Et aussi des fois, j'suis là pour qu'elle mette... qu'elle pose un bête diagnostic pour que moi, je puisse après me soigner. »

Justine : « Après j'trouve que le regard d'un médecin reste un regard intelligent. Après, pas n'importe quel médecin. Et toujours dans le respect de la déontologie et de la parole de la patiente. Quand bien même t'es malade, c'est pas toi, médecin, qui va forcer la patiente à se soigner. C'est la patiente qui décide si elle se soigne ou pas. C'est pas toi, médecin. Donc toi, t'es là pour poser un diagnostic et euh... ouvrir des possibilités de soins. Mais, mais tu n'as pas le devoir de soigner à tout prix quelqu'un qui ne désire pas l'être. »

Cette liberté de choix est mise en relation avec la **qualité des informations** transmises par le ou la soignant.e.

Hiba : « Pour moi, l'idée c'est vraiment donner des clés pour que la personne, elle puisse faire attention à elle. En fait, euh... un praticien qui rabroue une personne, pour moi ça, ça, ça donnera, ça rendra jamais la personne, comme dans l'éducation, ça rendra jamais la personne indépendante et autonome quoi. »

Émilie : « Ça devrait, pour moi, en plus... c'est vraiment juste être, être un bon professionnel, c'est se tenir au courant aussi. 'fin des, des, des débats, des choses qu'y faut savoir sur le domaine, des outils de prévention. »

Pour certaines personnes, la **prise en compte des disparités sociales** est importante pour une consultation de qualité.

Émilie : « Et puis, même, attirer l'attention des soignants sur le fait que y a certaines catégories de publics qui sont plus à même d'être fragiles ou moins bien soignées parce que discriminées, parce que des problématiques de santé spécifiques. Typiquement le public queer, on sait qu'il est très, très mal suivi, parce que c'est très dur de parler à son médecin. Soit de son orientation, soit de sa vie perso. »

Enfin, les personnes interrogées souhaitent devenir **des usager.es plus actif.ves** dans leur soin.

Delphine : « C'est vrai. On n'est pas non plus obligée de, d'attendre que les professionnels nous le proposent, on peut aussi le demander. Même ça, tu vois, j'avais pas forcément euh... pensé... En fait, on a vraiment plein de freins, nous-mêmes, à déconstruire, pour s'autoriser à plein de choses. Et ça, ça prend beaucoup de temps. »

Émilie : « J pense qu'à partir du moment où le rapport de force, il est beaucoup plus égalitaire, bah... ça va amener plein de choses, de déconstructions, en fait. Et peut-être une participation aussi plus grande des patients sur leur propre santé. Ça, c'est un souhait, hein, j'aimerais bien mais, j pense qu'ça va prendre quelques décennies aussi pour que ça change. »

DISCUSSION

I. Les forces et les limites de l'étude

A. Forces de l'étude :

1. Un phénomène de société

Lorsque nous avons débuté cette recherche fin 2018, peu de travaux concernant l'auto-gynécologie ont été retrouvés dans la littérature, ce qui fait l'originalité de ce travail. Puis des études ont émergé dans différents domaines, notamment en médecine générale (41), en psychologie (42) et en sociologie (43). Par ailleurs, on retrouve de plus en plus de personnes intéressées par le sujet sur les réseaux sociaux¹⁹.

2. Validité interne et externe

Notre travail étendu dans le temps, ainsi que notre implication, ont permis la mise en place de critères de validité interne. Les hypothèses de départ ont été retrouvées et dépassées lors de l'interprétation des données (44). La validité de référentiel et de signifiante d'analyse des résultats a été obtenue par une revue de la littérature. Une co-analyse de ces résultats par deux co-thésardes ne connaissant pas le sujet nous a permis de trouver de grandes similitudes entre nos thématiques et les leurs. De plus, nous avons pu confronter nos résultats avec les interventions réalisées dans le cadre du Colloque Genre et Santé à Lyon (39). Les cours de Médecine et Genre, dispensés par l'EHESS²⁰, nous ont permis d'enrichir des notions qui ont été trouvées lors de l'analyse. Enfin, la méthodologie du sujet a pu être renforcée grâce à Lucile

19 Comme on peut le lire dans différents articles présents sur internet (30,31).

20 Médecine et genre. Étudier la construction des savoirs médicaux -EHESS – Enseignant.es : Lucia Aschauer et Margaux Neve De Mevergnies UE 1029

Ruault, Docteure en sociologie politique, qui nous a apporté son expertise sociologique mêlée à sa connaissance du sujet²¹ dans la rédaction du guide d'entretien.

La validité externe a été recherchée en échangeant avec des co-chercheuses, en médecine générale Ariane Salomé-Jeunesse, et en étude de maïeutique Emma Thouvenot et Clémentine Moreno qui ont également travaillé sur le sujet. D'une part, cela souligne l'intérêt actuel de ce sujet dans les sciences médicales. D'autre part, nous avons mis en lumière, lors de nos échanges, des liens et des similitudes dans les résultats retrouvés.

3. Concernant la population étudiée

Malgré un intérêt croissant, les groupes restent encore peu connus du monde institutionnel et du monde médiatique. Les personnes, non lassées de répondre à un questionnaire sur ce sujet, se sont donc manifestées rapidement lors du recrutement. Elles ont pu partager leur expérience avec enthousiasme et sans ennui.

Le recrutement a été fait dans toute la France. Plusieurs réseaux ont été utilisés pour la diffusion de l'enquête, ce qui a permis d'avoir une certaine diversité des pratiques de l'auto-gynécologie.

4. Les entretiens individuels semi-dirigés

Le face-à-face avec nos enquêtées a été l'occasion d'obtenir des informations plus détaillées, majorant ainsi la complexité du propos recueilli. Le choix de l'entretien individuel concernant une pratique collective nous semblait plus adapté compte tenu de la teneur intime des propos et était propice à créer un espace de confiance. Dans les entretiens de groupe, on retrouve davantage un phénomène de contrôle des discours. Une dynamique de groupe s'installe et la

21 Elle a rédigé une thèse s'intitulant « *Le spéculum, la canule et le miroir. Les MLAC et mobilisations de santé des femmes, entre appropriation féministe et propriété médicale de l'avortement (France, 1972-1984)* » soutenue en 2017 à l'école doctorale des sciences juridiques, politiques et de gestion à Lille.

parole n'est pas distribuée de manière égale, n'offrant pas à chacun.e la possibilité de développer son propos comme il ou elle l'aurait souhaité.

L'utilisation d'une méthode qualitative semi-directive nous a donné l'opportunité d'aborder des sujets imprévus. En effet, les enquêté.es ont eu la place au fil de l'entretien pour développer des idées qui n'étaient pas évoquées dans le guide. Cela nous a permis d'enrichir notre analyse et de nous ouvrir à des thématiques pour lesquelles nous n'avions pas émis d'hypothèse.

B. Les limites

1. Un échantillon limité

Nous n'avons réalisé que douze entretiens qui ont néanmoins pu être longs et riches. Les personnes interviewées ont des caractéristiques sociologiques communes : elles se décrivent toutes de type caucasien et ont toutes effectué des études supérieures. Ces travaux ne reflètent donc pas toute la diversité des personnes participant aux groupes ; cependant cela a contribué à la puissance de notre étude et a été suffisant pour arriver à la saturation des données.

2. Biais de sélection

Un biais de sélection existe. En effet, les participant.es sont recruté.es sur la base du volontariat. Ils et elles sont intéressé.es par le sujet et disponibles pour répondre aux questions. On peut donc penser que ces personnes désireuses de participer aux entretiens ont une vision *a priori* positive des groupes d'auto-gynécologie.

Par ailleurs, la mention, dans le courrier de recrutement, que nous effectuions ce travail de recherche dans le cadre de la réalisation d'une thèse de médecine aurait pu faire écarter du projet les personnes ayant eu de mauvaises expériences avec le monde médical institutionnel.

Enfin, l'utilisation de certains réseaux sociaux comme moyen de diffusion pour le recrutement a également pu renforcer ce biais de sélection. La diffusion dans certains groupes ciblés comme les personnes non valides, intersexuées, transgenres, racisées aurait certainement pu permettre d'élargir l'échantillon et de le diversifier.

3. Biais de mémorisation

Les entretiens ont été effectués *a posteriori* de la participation des personnes aux groupes d'auto-gynécologie, et ce parfois avec un décalage de plusieurs années, pouvant induire un biais de mémorisation de la part des enquêtés.es.

4. Biais d'enquêtrice

Nous n'avons pas dévoilé notre pratique personnelle de l'auto-gynécologie pour ne pas influencer les enquêtés.es. Elle a néanmoins été utilisée comme savoir expérientiel pour la saisie du sens des propos lors des entretiens. Cependant, cette connaissance aurait pu induire un manque de critique dans l'analyse des résultats obtenus. Nous avons toutefois travaillé sur la déconstruction de nos *a priori* afin de limiter le risque de privilégier des informations confirmant des idées préconçues.

De plus, articuler nos savoirs issus de la médecine générale, des groupes d'auto-gynécologie et de notre culture féministe, renforce notre légitimité en tant qu'enquêtrice. En effet, les travaux scientifiques ne sont ni neutres (45) ni exempts de biais androcentriques (46). Ainsi, assumer une approche féministe lors de ce travail n'en diminue pas son objectivité, cela permet de prendre en compte le genre comme rapport social et de pouvoir. « *Si au moment de formuler sa question de recherche, on n'« imagine » pas que des « stratifications genrées » existent (entre autres stratifications sociales), on oriente son travail selon une problématique qui n'en tient pas*

compte ; et si l'on fait des hypothèses aveugles, il y a de fortes chances qu'on ne voie finalement pas grand-chose, quand bien même on aurait les yeux rivés au terrain. » (47) Considérer notre statut de femme blanche cisgenre, médecin généraliste et ne pas nier notre position de chercheuse féministe nous permet de construire un savoir avec une « objectivité forte » (47).

II. Réflexions autour des résultats

A. Un corps méconnu

Ce qui nous a frappée dans notre étude est le faible niveau de connaissances anatomiques rapporté par les interviewé.es malgré un niveau d'étude élevé ; comme nous l'explique Delphine : « *'Fin j'sais pas, devrait y avoir quelque chose vraiment... parce que c'est vraiment, 'fin c'est un tabou immense, que ce soient les règles, etc... Mais ce que je veux dire, c'est fou de réaliser que... 'fin moi, je savais pas que le clitoris c'était aussi gros. 'Fin le mot vulve, je crois que je connaissais même pas. 'Fin c'est, c'est un peu flippant ! [...] Puis y a une notion de... quand on regarde pas, bah... y a une sorte de peur en fait. Et quand on regarde, bah... on se réapproprie cette partie-là. On arrête d'en avoir honte, d'en avoir peur. » Ils et elles déplorent la transmission de savoir qui est insuffisante et certains tabous qui persistent dans notre société, laissant les personnes dans l'ignorance de l'anatomie de leur organe génital et de son fonctionnement. Les groupes ont permis pour tout.es un gain de connaissance et une possibilité d'accéder à des ressources différentes.*

Dans cette partie, nous allons nous intéresser à ce corps méconnu, essayer de comprendre quels sont les facteurs permettant de majorer les savoirs et l'intérêt d'avoir une meilleure connaissance de son corps.

1. La méconnaissance de son corps

« *Clitoris : nom masculin (grec kleitoris). Petit organe érectile de l'appareil génital de la femme situé à la partie antérieure de la vulve. »*

Dictionnaire – Larousse - 2020

Dans la littérature, plusieurs études quantitatives s'intéressent aux connaissances des personnes avec une vulve et un vagin concernant l'anatomie de leurs organes génitaux. Parmi les 437 étudiant.es strasbourgeois.es interrogé.es par Jérôme Clerc, seulement 65,9 % des femmes et 57,5 % des hommes ont eu un bon score de réponse au schéma de la vulve (48).

L'étude d'Annie Sautivet, réalisée dans le cadre de son mémoire de sexologie et interrogeant 316 élèves de 4ème et de 3ème dans un collège de Montpellier, nous rapporte que 84 % des filles de 13 ans ne savent pas représenter leur sexe, alors que seulement 47 % d'entre elles ne savent pas représenter un pénis. De plus, une fille de 15 ans sur quatre ne sait pas qu'elle a un clitoris (49).

L'étude de Claire Dumortier qui a interrogé 641 femmes de 18 à 25 ans retrouve un niveau de connaissances de l'appareil génital jugé satisfaisant par la chercheuse²². Cependant, la population interrogée avait un niveau de scolarisation important et beaucoup étudiaient dans le domaine de la santé²³ (50).

D'autres études ont questionné des femmes plus âgées. Nous retrouvons des résultats concordants avec les études menées auprès des personnes plus jeunes. Dans la thèse de Louise Jugnon Formentin, parmi les 262 femmes interrogées en cabinet de médecine générale, 39 % obtiennent un résultat insuffisant dans l'annotation de schémas représentant une vulve, un vagin et un utérus (51).

22 Dans son étude, 14 % des personnes ne savaient pas nommer sur le schéma l'utérus, 19,3 % le vagin, 10 % les ovaires, 8,6 % les trompes et 47,6 % le col de l'utérus.

23 38,7 % des personnes étudiaient dans le domaine de la santé.

Flore Wattebled, quant à elle, retrouve qu'un tiers des 168 femmes interrogées en cabinet de médecine générale à la Réunion a un niveau de connaissances insatisfaisant concernant l'anatomie de leurs organes génitaux (52).

2. La recherche de savoir et les facteurs favorisant la connaissance

« C'est quoi faire l'amour ? Embrasser quelqu'un sur la bouche, ça n'est pas faire l'amour. Faire l'amour, c'est avoir un rapport sexuel avec quelqu'un. »

Le guide du zizi sexuel – Hélène Bruller

a. La transmission de savoirs

Dans notre travail, les ressources utilisées par les personnes avant leur participation aux groupes d'auto-gynécologie correspondent à celles retrouvées dans la littérature : les ami.es, internet, le milieu scolaire et enfin la famille (50). Les parents sont sous-représentés dans la transmission des savoirs²⁴ (48,49).

Dans son travail de recherche sociologique, Laurence Guyard met également en lumière la transmission inconsciente de savoirs par les parents à travers des attitudes et des comportements, concernant notamment la représentation des règles, le rapport au corps ou la fréquence de consultation chez un.e gynécologue (53).

b. Une transmission insuffisante

Les personnes interrogées pour notre travail déplorent cette non transmission parentale du savoir, comme le souligne Delphine : *« On fait vraiment partie d'une génération, je fais partie d'une génération où les mères... comme dit Marie-Hélène Lahaye, en fait, y a eu vraiment, cette, euh... information qui est coupée de mères en filles. Où on a dit aux filles : "surtout, n'écoutez pas vos mères, ni vos grand-mères ! Elles vont dire des conneries." »*

24 Dans l'étude de Jérôme Clerc 28,3 % des femmes et 12,7 % des hommes ont choisi le cadre familial comme réponse. Dans celle d'Annie Sautivet, moins d'un.e adolescent.e sur deux reçoit des informations de la part de ses parents.

Même si les parents restent désignés comme devant être la principale source d'information par les politiques publiques (53), les différentes recherches nous montrent que ce n'est pas le cas. La transmission des savoirs est rompue et en s'identifiant au silence de leurs parents, les enfants n'osent pas se renseigner. « *L'impossibilité des filles à formuler ce qu'elles attendent des garçons est la conséquence non pas d'un manque de désir, mais du silence de leurs mères. En s'identifiant à elles, les filles intègrent le silence traditionnel de la femme occidentale sur tout ce qui touche à la sexualité* » (49)

De plus, d'après la loi de 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception : « *Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène.* » (54) Or, d'après le rapport du Haut Conseil pour l'Égalité de 2016, 25 % des écoles déclarent n'avoir mis en place aucune action ou séance en matière d'éducation à la sexualité²⁵. De plus, les personnels de l'Éducation Nationale sont très peu formés (22). Pourtant, différentes études montrent que la participation à une séance d'éducation sexuelle permet une meilleure connaissance du fonctionnement de son corps et de ses organes génitaux. *A contrario*, un faible niveau de connaissances est associé à l'absence de dialogue avec les parents (51,55), ainsi qu'au faible niveau socio-économique des personnes interrogées (52,55).

3. L'intérêt d'avoir une bonne connaissance de son corps

« *Scientia potentia est* » (« *Le savoir, c'est le pouvoir* »)

Citation attribuée à Francis Bacon

Dans notre étude, nous avons de nombreux témoignages positifs concernant le gain de savoir anatomique des personnes après la participation aux groupes d'auto-gynécologie. Cela avait un

25 Si l'éducation à la sexualité est intégrée, elle se concentre sur les sciences reproductives et peu sur les violences, orientation sexuelle ou les stéréotypes de genre ; et ne concerne quelques classes (CM1, CM2, 4^e, 3^e, 2nd) (22).

impact psychologique dans le rapport à leur corps mais également concernant l'autonomisation de leurs soins de santé.

Ce fait est corroboré par d'autres travaux de recherche qui mettent en lumière le fait que le gain de connaissances physiologiques permet une meilleure appréhension du pathologique. On observe un impact positif sur la contraception, ainsi que sur la réduction du nombre d'IVG, sur la lutte contre les violences sexuelles et sexistes, et une meilleure prise en charge d'affections gynécologiques et obstétricales (22,56).

Une meilleure connaissance améliore, par ailleurs, l'estime de soi et la satisfaction lors des rapports sexuels grâce à une plus grande aisance et à une relation pacifiée à son corps (57,58).

Enfin, l'avidité de connaissances relatives à la sexualité et au fonctionnement physiologique du corps s'en trouve stimulée (59).

Les médecins généralistes, en tant qu'acteur.ices de premier recours, pourraient contribuer à une meilleure transmission des savoirs concernant le corps et la sexualité. Dans les travaux de Flore Wattebled et de Louise Jugnon Formentin, il est d'ailleurs précisé que plus de 90 % des personnes interrogées considèrent qu'il est du ressort du ou de la médecin généraliste d'évoquer ces sujets (51,52).

La littérature montre que les personnes ont un niveau de connaissance relativement faible concernant leur propre organe génital, conformément à ce qui a été retrouvé dans notre étude. Ceci est lié à l'absence de dialogue parental, au manque de séances d'éducation sexuelle à l'école, et corrélé au niveau socio-économique faible. Cependant, il a été établi qu'une amélioration de la connaissance relative au fonctionnement de son corps permet d'améliorer sa santé. Les médecins généralistes pourraient être des acteur.ices de premier recours pour contribuer à la transmission de ces savoirs.

B. La médicalisation du corps des personnes avec une vulve et un vagin

Les savoirs médicaux ne sont pas affranchis des systèmes d'oppression (39). La recherche biomédicale, menée principalement par des hommes, souffre d'un biais d'androcentrisme important (46). Le système de santé est à son tour vecteur des inégalités de genre en tant qu'organisation sociale. Les professionnel.les de santé, non conscient.es de ces biais de genre, peuvent être, malgré elles et eux, à l'origine de ces discriminations²⁶ (60,61) (pour plus de précisions, voir Annexe 10).

Le XIXe siècle est marqué par un tournant gouvernemental, appelé par Michel Foucault la biopolitique. La médecine s'institutionnalise et la santé devient alors une valeur première dans la société qui demandera de plus en plus à l'État de pourvoir aux soins collectifs et d'être protecteur (62). Les normes de santé publique travaillent désormais à l'échelle individuelle et établissent une frontière entre ce qui est normal et pathologique, en s'appuyant sur des contraintes non pas uniquement biologiques, mais également sociales (8). De plus, la société confie à la médecine des problèmes dont la nature n'est pas nécessairement ni biologique ni pathologique, comme la sexualité ou la ménopause, et lui reconnaît une compétence d'intervention et de solution des problèmes. On parle de médicalisation (63).

Dans notre étude, plusieurs personnes se sont interrogées sur l'intérêt d'un suivi gynécologique alors qu'elles ne se sentaient pas malades. D'autres ont critiqué le suivi médical standardisé lors de la grossesse, comme Justine : « *Si demain tu tombes enceinte, et qu'tu veux pas savoir si tu es immunisée ou pas contre la toxoplasmose, à mon avis, faut se battre hein. 'Fin j'pense que c'est la grosse baston, et j'pense que ça pose de gros problèmes, même dans la suite pour ta prise en*

26 Cela peut entraîner soit la non-prise en compte des différences genrées, soit une surinterprétation du genre dans l'expression des maladies. Par exemple, de nombreuses études médicales ont été menées sur des hommes et les résultats ont simplement été extrapolés aux femmes. Ou bien, certaines pathologies sont associées aux femmes simplement à cause de leur genre ou au contraire peuvent être sous diagnostiquées car non associées au genre (voir Annexe 10 pour plus de précisions).

charge. Parce que tous ces trucs-là, c'est des étapes pour des checks pour pouvoir ensuite te faire prendre en charge pour la suite. ».

D'autre part, la consultation gynécologique est un moment particulier qui relève de l'intime. Hiba nous le résume bien, ce n'est pas seulement un examen physique sur un corps, mais c'est bien à la frontière entre le psychologique et le social : *« Ouais parce que je, parce que, parce qu'en fait, je trouve qu'on touche à un truc d'intimité. Euh... euh... qui en plus d'être physique est en plus hyper psychologique sur la personne. La personne que t'as en face de toi, elle a potentiellement un regard euh... sur ta sexualité, un regard sur euh... un désir d'enfantement, euh... et sur, et souvent euh... un regard et un jugement. »* Si l'école, l'éducation et la société participent grandement à la construction des normes concernant le corps et la sexualité des personnes, la consultation gynécologique y contribue également (53).

Dans cette partie, nous allons nous intéresser au suivi médicalisé des personnes avec une vulve et un vagin, à travers les exemples de la fréquence du suivi et de la grossesse ; puis nous allons explorer la construction des normes de genre en gynécologie avec les exemples de l'hétéronormativité que l'on retrouve dans la sexualité et de l'accès au plaisir.

1. Un suivi médical de la puberté à la ménopause

« En tant qu'être féminin, je consulte un médecin plus souvent qu'à mon tour, et ce pour aucune pathologie d'aucun ordre, si ce n'est celle d'être née dotée d'un clitoris plutôt que d'un pénis, et ce faisant l'immense charge de perpétuer notre délicieuse espèce. »

Si l'on ne naît pas femme - Quels sont les rôles de la médecine dans la fabrique d'individu.es de genre féminin ? - Texte anonyme

a. La fréquence du suivi gynécologique

En dehors de toute pathologie, les personnes avec une vulve et un vagin ont un suivi médical de la puberté jusqu'à la ménopause. Ce suivi, sans équivalence masculine, se justifie par la

prescription de contraceptifs, le frottis de dépistage du cancer du col utérin et le suivi de grossesse.

Sur les douze personnes interrogées dans notre étude, sept avaient un suivi chez le gynécologue une fois par an, deux tous les six mois, dont une pour un suivi après des lésions de papillomavirus, une disait y aller « *peu souvent* », enfin deux ne se prononçaient pas. Dans une enquête menée auprès de 353 étudiantes en Lorraine en 2014, 64,2 % des personnes avaient un suivi gynécologique au moins une fois par an (64). Pourtant, aucune recommandation de suivi annuel hors pathologie n'est donnée par les sociétés savantes : « *Bien que le suivi gynécologique systématique des patientes soit recommandé, il n'est pas obligatoire dans notre pays* » (65). Le CNGOF recommande un suivi pour le dépistage du cancer du col de l'utérus tous les trois ans à partir de 25 ans après deux premiers tests réalisés à un an d'intervalle et dont les résultats sont normaux, jusque 29 ans. Puis de 30 ans à 65 ans un test tous les cinq ans. (65,66).

L'enquête nationale, menée en 2008 à la demande de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale, montre que les principaux motifs de consultation sont la contraception et le suivi de grossesse (67). On peut émettre l'hypothèse que la fréquence de consultation annuelle par les Françaises serait inhérente au besoin de prescription pour la pilule, qui est le moyen de contraception le plus répandu encore en France (68) et dont la durée de prescription est d'un an maximum (15).

Nous observons par ailleurs dans notre étude que plusieurs personnes ne prennent plus de contraceptifs oraux mais se tournent vers des alternatives ne nécessitant pas de suivi médical. Justine pratiquait le retrait, Lola commençait une contraception masculine par une méthode thermique²⁷, Béatrice et Gaëlle pratiquaient la symptothermie avec une méthode contraceptive non précisée lors des périodes de fertilité.

27 « *La méthode thermique consiste à augmenter légèrement la température des testicules grâce à la chaleur corporelle à l'aide d'un sous-vêtement adapté.* » (69)

b. La grossesse et l'accouchement

Il ne s'agit pas ici de revenir sur les grossesses à risques nécessitant une surveillance accrue ou une césarienne pour garantir la bonne santé de la mère et de l'enfant. Cependant, le suivi de grossesse est très standardisé sur le plan médical en France. Bien que la mortalité fœto-maternelle n'ait jamais été aussi basse²⁸ (70), l'entrée dans la grossesse se fait souvent par la perception d'un risque (71). La crainte d'une pathologie ou d'une malformation fœtale pousse les usager.es à accepter et même à valoriser la médicalisation de la grossesse. La facilité d'accès à l'échographie depuis les dernières décennies y participe également.

De plus, la judiciarisation de la grossesse et de l'accouchement renforce cette médicalisation. Les soignant.es mettent plus facilement tout en œuvre pour éviter de potentielles poursuites. « *Les interventions médicales deviennent alors hautement préventives afin de contrôler un phénomène malheureusement très imprévisible et dont on ne peut parvenir à contrôler tous les facteurs, ce qui est difficile à accepter dans une société où l'on aspire à ce que "l'homme contrôle la nature" »* (72).

Cette médicalisation a débuté à la fin du XIXe siècle devant la crainte d'une dépopulation suite à la fin de la guerre contre la Prusse. Les politiques natalistes de l'époque ont pris des mesures concernant les femmes enceintes pour que les enfants soient en bonne santé. Les parturientes n'étaient pas la première préoccupation. L'installation progressive depuis le début du XIXe siècle des aides sociales²⁹, de la déclaration obligatoire de grossesse, des examens obligatoires a entraîné une acculturation à la médecine et rend progressivement évident le recours aux professionnel.les de santé dans l'intérêt du fœtus (73) (pour plus de détails, voir Annexe 9).

28 « *Le taux de mortalité périnatale semble être reparti à la baisse depuis, s'établissant, en 2014, à 10,6 pour 1000 naissances (enfants nés vivants ou sans vie). Le taux de mortinatalité atteint 8,9 pour 1000 naissances en 2014. La mortalité néonatale et la mortalité infantile ont fortement décru jusqu'au milieu des années 2000, se sont stabilisées entre 2005 et 2009 et ont légèrement diminué depuis, atteignant respectivement 2,4 et 3,5 pour 1 000 naissances vivantes en 2014.* » (70)

29 D'abord mise en place pour les femmes les plus démunies avant d'être en 1940 mise en place pour toutes les parturientes sans condition de ressources. Revendications des féministes qui s'impliquèrent également dans les politiques publiques natalistes de l'époque (73).

Afin de se rapprocher de soins plus physiologiques et moins normatifs, nous pourrions, par exemple, mener des consultations conjointes pour les adolescents et les adolescentes concernant la contraception. Dans la continuité de ce qui émerge actuellement, nous pourrions aussi envisager une démedicalisation plus importante de la grossesse et des accouchements, reconnaître un plus grand champs de compétences aux sages-femmes, ouvrir plus de maisons de naissances ou promouvoir l'accouchement accompagné à domicile en toute sécurité comme le font déjà certains de nos voisins européens (74).

2. La construction de normes au sein de la consultation gynécologique

« En même temps, dans l'histoire de notre corps, les gynécologues sont parfois les premières personnes à toucher et à observer notre sexe, avant même que nous l'ayons nous-mêmes exploré, avant même que des personnes que nous avons choisi-es le regardent, le touchent, lui apportent de la tendresse, du plaisir. »

« S'armer jusqu'aux lèvres », Auto-défense gynéco - 2016

a. L'hétéronormativité

Lors de notre recherche, Émilie nous rapporte que la société et les médecins *« pense[nt] que tout le monde est hétéro. Donc vraiment, alors que ça coûterait quoi ? Trente secondes de poser une question sans être intrusif ! »* Les soignant.es ont, en effet, des difficultés à aborder l'orientation sexuelle avec les usager.es (75). De plus, certaines études soulignent que les discours des professionnel.les sont majoritairement hétérocentrés, passant ainsi sous silence la singularité de chaque personne. On peut également passer à côté de certains questionnements spécifiques des usage.res liés à leur orientation sexuelle (76). Par ailleurs, on observe une incitation à utiliser certaines méthodes de contraception plutôt que d'autres. Par exemple, les préservatifs externes sont plus souvent recommandés chez les jeunes, par rapport aux préservatifs internes. Non seulement parce que leur coût est plus élevé, mais également parce qu'ils sont jugés par les soignant.es *« inesthétiques »* ou *« inconfortables »* (53).

b. La sexualité et le plaisir

Pendant la consultation, quand la sexualité est abordée, elle l'est sous l'angle contraceptif ou via la prévention des IST (15). Même s'il s'agit d'un sujet de questionnements, notamment chez les plus jeunes³⁰ (77), c'est un thème qui reste toutefois peu abordé dans les cabinets de gynécologie (78). Selon une étude interrogeant des médecins généralistes et des gynécologues, moins d'un.e soignant.es sur deux intègre ces questions en rapport avec la sexualité dans leur anamnèse³¹ (80). Pourtant, l'OMS définit la santé sexuelle comme « *un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence.* » (81). Or, dans son travail de recherche, Laurence Guyard souligne que la question du plaisir est peu abordée au sein de la consultation ; et, si elle est évoquée, c'est fréquemment via le plaisir masculin (82). Dans notre étude, Émilie fait part de son expérience : « *Et d'une manière générale, on n'entend jamais parler de plaisir dans la prévention et chez un gynéco particulièrement. J'ai jamais entendu ça, hein. Quelqu'un qui a un discours valorisant, qui pose la question "Comment vous êtes dans vos rapports ? Est-ce que vous avez des rapports ? Est-ce que ça se passe bien ?" J'ai jamais entendu ça chez un gynéco, jamais, jamais, jamais !* » D'une part, en laissant une place plus grande au plaisir masculin, les femmes intègrent inconsciemment que celui-ci est plus important. D'autre part, par l'absence d'interrogation concernant le leur, elles peuvent imaginer que l'absence de plaisir ou la non-satisfaction de celui-ci ne relèverait pas d'une prise en charge médicale.

30 Dans ce travail de recherche, les sujets de questionnements des élèves de 4ème, qu'ils et elles souhaiteraient poser à leur médecin généraliste sont les rapports sexuels (10,2%), la grossesse (10,2%), les IST (15%). (77)

31 Plusieurs arguments expliquant la difficulté à aborder cette question ont été avancés dans différentes études internationales et sont résumés dans une étude suisse : le manque de connaissances de la part des praticien.es, le manque de compétences communicationnelles concernant ces sujets, le sentiment de non-légitimité à poser ces questions, le sentiment que les patient.es ont un manque d'intérêt pour ces questions - même si cela est contredit par d'autres travaux menés auprès des usager.es -, la difficulté à aborder de pair l'examen des organes sexuels et une discussion avec des composantes psycho-relationnelles (79).

Enfin, la sociologue retrouve le fait que les femmes préfèrent aborder ces sujets-là avec des hommes soignants. Elles ont, en effet, peur d'être jugées et de se retrouver face à des injonctions sous couvert de légitimité féminine.

Les femmes ont, tout au long de leur vie, un suivi gynécologique alors qu'elles ne sont pas malades. Cette médicalisation du corps structure inconsciemment le rapport à celui-ci et le rend suspect de maladies. De plus, lors des consultations, à travers les messages délivrés concernant la sexualité, la contraception ou encore le fonctionnement physiologique des organes génitaux, des normes se créent. En prenant conscience que le discours médical n'est pas neutre, mais empreint d'expériences personnelles et professionnelles, de valeurs morales propres à chacun.e, nous pourrions laisser plus de place à la parole des usager.es, et ainsi leur permettre de poser des questions sans crainte de jugements ou d'injonctions.

C. Les cas des maltraitances en gynécologie

Les maltraitances et violences gynéco-obstétricales sont définies dans un rapport de l'Assemblée Parlementaire de 2019, comme des « *actes non appropriés ou non consentis, tels que des épisiotomies et des touchers vaginaux pratiqués sans consentement, l'utilisation de l'expression abdominale ou la non-utilisation de l'anesthésie pour des interventions douloureuses. Des comportements sexistes ont aussi été recensés lors de consultations.* » (83). Marie-Hélène Lahaye, juriste, complète cette définition en précisant que ces cas concernent tout le personnel de santé et que cela peut aussi être « *tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement*³² » (84). Quand elle concerne de manière importante de nombreux.es usager.es, sur tout le territoire, on peut parler de maltraitance

32 Justifiée médicalement selon l'*Evidence Based Medicine*.

systémique, voire « *ordinaire* ». Cette maltraitance n'est pas forcément liée aux soignant.es mais souvent secondaire au « *fonctionnement des organisations qui privilégient l'institution par rapport à l'intérêt et aux besoins des personnes.* » (85).

Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser à ce qui définit une maltraitance gynécologique en France et son inscription dans un contexte plus large ; puis nous allons parler de ses répercussions sur la santé et enfin, nous allons tenter d'en comprendre les causes.

1. Ce qui définit une maltraitance

« La chirurgie est du domaine de l'art, on peut penser que certains médecins ont eu l'idée qu'en modifiant un peu leur façon de suturer, ils amélioreraient un peu la sexualité, et ça, ça ne nous choque pas »

Le monde.fr - Jean Marty, président du Syngof - 18 avril 2014

Dans notre étude, les personnes interrogées ont toutes évoqué un cas de maltraitance gynécologique ou obstétrical ; et cela, même si elles avaient eu un parcours gynécologique vécu comme serein.

Différentes études se penchent sur ce phénomène difficile à évaluer et essayent de définir les différents types de maltraitements existants (86). Une même situation n'est pas vécue comme maltraitemente par tout le monde. Le vécu de la consultation est lié aux expériences médicales et personnelles antérieures, à l'image de soi et à l'éducation (87).

Le Haut Conseil à l'Égalité identifie dans son rapport de 2018 six types d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, comme la non-prise en compte de la pudeur, des jugements, des actes exercés sans recueil du consentement, voire des violences sexuelles (25). Cependant cette définition ne prend pas en compte la dimension institutionnelle ni les autres types de discriminations³³ (27).

33 Le rapport évoque cependant dans le texte les discriminations des personnes handicapées, lesbiennes et primo-arrivantes, sans les intégrer dans sa définition des maltraitements. La discrimination des personnes racisées ou transgenres n'est pas évoquée.

Pour exemple, le CIANE a publié une enquête menée de 2010 à 2013, rapportant que 85 % des femmes ayant subi une épisiotomie n'ont pas vu leur consentement respecté (88). Une revue de la littérature, regroupant 36 études traitant des états de stress post-traumatique après un accouchement, montre qu'entre 1,3 % et 6 % d'ESPT sont en lien avec le déroulé de celui-ci (89). Ces cas de maltraitances et de violences en France ne sont pas des événements isolés. Ils s'inscrivent dans un contexte mondial patriarcal. Par exemple, en 2019, *The Lancet*, revue scientifique médicale britannique, publie une étude sur les mauvais traitements lors d'accouchements en établissement de santé dans les pays à faible revenu. Cette enquête révèle que plus d'un tiers des femmes interrogées ont été victimes de maltraitances (90). En 2015, une revue de la littérature de 65 études qualitatives et quantitatives menées dans 34 pays permet de faire la synthèse des mauvais traitements subis par les femmes lors de leur accouchement. Elle souligne également le lien entre ces maltraitances et un problème systémique au niveau des politiques de santé (91).

2. Les conséquences des maltraitances

« Je devais prendre deux lignes de métro et un bus pour rentrer chez moi mais je ne pouvais plus bouger. J'étais si fatiguée que je suis restée dans la salle d'attente. J'ai dormi plusieurs heures sur une chaise. En face d'une chambre vide, où je voyais un lit vide. Je ne sais pas avorter en trois heures, désolée. »

Vulves - Alexia Tamécylia - 2019

Dans notre étude, Delphine nous dit n'avoir plus eu de suivi gynécologique après la violence obstétricale qu'elle a subie et qui a entraîné pour elle un état de stress post-traumatique. Les maltraitances subies peuvent avoir des conséquences à court et à long terme. Sur le plan psychique, elles peuvent se manifester par un sentiment de culpabilité, une perte d'estime de soi ; ou, comme pour Delphine, par un état de stress post-traumatique. Sur le plan physique, des douleurs invalidantes peuvent perdurer. Les personnes sont susceptibles de recourir au mensonge pour éviter d'être jugées ou peuvent simplement cesser de consulter un.e professionnel.le de

santé (25). Cela induit des coûts plus importants pour le système de santé. En effet, un recours aux soins plus tardif entraîne un parcours médical souvent plus complexe, long et onéreux (86). Des conséquences sur la vie professionnelle via des arrêts de travail répétés suite aux maltraitances ou des conséquences sur la vie familiale ainsi que sur les relations affectives et sexuelles ont également été décrites (92,93).

3. À l'origine de ces maltraitances

« Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours »

Ambroise Paré

Les nombreux témoignages recueillis dans les médias et sur les réseaux sociaux³⁴, ainsi que les différents rapports qui en découlent concernant les maltraitances gynécologiques et obstétricales, mettent en lumière un fait systémique et courant. Or les professionnel.les de santé ne sont pas des personnes malveillantes. Comment expliquer alors la prépondérance de ces actes ? Ces cas de discriminations s'inscrivent dans un contexte de violences institutionnelles et genrées (83). Comme le rappelle le rapport de 2019 de l'Assemblée Parlementaire : « *Les violences gynécologiques et obstétricales ne sont pas un phénomène nouveau. Elles sont le résultat de la perpétuation d'une culture patriarcale au sein du milieu médical, notamment dans la formation du personnel soignant et de stéréotypes de genre persistants dans la société. Ensuite, les restrictions budgétaires des établissements de santé, qui sont devenu[e]s un objectif de management, freinent la pratique des soins respectueux de [la] physiologie de l'accouchement.* ». Dans leur thèse de médecine publiée en 2018, Amandine Marcilly et Mélissa Mauri discutent de la responsabilité de la formation des étudiant.es en santé dans les

34 On retrouve de nombreux témoignages sur le compte Twitter #PayeTonUtérus, le tumblr Paye ton Gynéco, l'émission « Sur les docks » sur France culture du 28/09/2015, sur le site <http://stopvog.org>, sur le site de l'association IRASF (Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes) ou dans le rapport de 2018 du HCE.

maltraitements. L'empathie des étudiant.es aurait tendance à décroître lorsqu'ils et elles progressent dans leurs études³⁵ (95).

Les conditions de travail liées aux faibles effectifs de soignant.es, aux relations entre les soignant.es ainsi que le temps important passé au travail sont autant de facteurs augmentant le risque de maltraitements (83,96).

Enfin, dans notre étude, Agathe nous indique que les groupes d'auto-gynécologie lui ont permis de prendre conscience de sa propre violence en tant que soignante. Cela l'a aidée à modifier sa prise en charge et à améliorer son écoute des usager.es.

Les maltraitements et violences gynéco-obstétricales peuvent être physiques, verbales ou légales. Ces violences ne se limitent pas à la France mais se retrouvent dans de nombreux pays. Elles induisent des conséquences psychiques, physiques et sociales chez les personnes qui en sont victimes. Ce phénomène systémique n'est pas toujours le fait de personnels malveillants, mais résulte d'une intrication complexe de nombreux facteurs. Il découle notamment de violences institutionnelles et patriarcales.

D. Les ateliers d'auto-gynécologie, un outil de réappropriation

Les groupes de *self-help* ont vu le jour dans les années 1970. Ils s'inscrivaient dans un contexte de lutte pour les droits à l'avortement. À cette époque, le tabou autour de la sexualité féminine était encore très fort. L'observation de la vulve n'était souvent réalisée que par le corps médical (97). « *Aux séances de self-help, j'ai su ma difficulté à porter un regard ami sur moi-même et*

35 Cela serait lié à une mauvaise organisation des études ainsi qu'à l'utilisation de méthodes pédagogiques qui relaient des préjugés et des idées fausses. De plus, les études en santé ne fournissent pas d'outils pour que les étudiant.es soient en capacité de questionner ces préjugés et d'interroger leur pratique (86). Enfin, cette baisse d'empathie serait liée à la maltraitance des étudiant.es pendant les études ainsi qu'à leur infantilisation et au sexisme ambiant (94).

sur les autres femmes, un regard qui ne soit pas le regard inquisiteur du médecin, ni le regard critique et estimateur d'un homme, des hommes, des autres femmes, de moi-même sur moi-même. » (98) Les ateliers permettaient une prise de pouvoir collective des participant.es sur leur corps par le biais de la transmission et de l'élaboration entre pair.es de savoirs et de savoir-faire (4). Il n'avait pas pour but de fournir « une thérapie individuelle » mais permettait la mise en commun d'expériences d'oppressions sociales de genre en en faisant une réalité (97).

Le retour d'expériences des participant.es a une place toute particulière dans ces groupes. Ce savoir que l'on nomme « expérientiel » a pu être légitimé grâce aux associations de patient.es au cours du XXe siècle (pour plus de précisions, voir Annexe 11).

Dans cette partie, nous confronterons l'organisation des groupes des personnes ayant participé à notre étude avec celle retrouvée dans la littérature, puis nous nous intéresserons à l'importance des savoirs expérientiels dans le soin.

1. Une pratique collective de réappropriation dans la lignée des années 1970

« Je ne l'avais jamais vu. Il ne m'était jamais venu à l'idée de le regarder. Mon vagin n'avait d'existence pour moi que sur un plan abstrait. Je trouvais ça réducteur et choquant de le regarder, allongées comme nous l'étions sur nos matelas bleus, nos miroirs à la main. Ça me faisait penser à ce que les premiers astronomes avaient dû ressentir avec leurs télescopes rudimentaires. [...] Mon vagin m'a stupéfiée. Quand ça a été mon tour, je n'ai pas pu parler. J'étais sans voix. [...] C'était mieux que le Grand Canyon, vieux comme le monde et plein de grâce. Ça avait la fraîcheur et l'innocence d'un magnifique jardin anglais. C'était drôle, très drôle. Ça m'a fait rire. Je pouvais jouer à cache-cache avec, l'ouvrir et le fermer. C'était comme une bouche. C'était comme un matin. Et là, l'idée m'est venue tout d'un coup que c'était moi, que c'était mon vagin. Qu'il était ce que j'étais. Que ce n'était pas une entité à part. »

Les monologues du vagin – Eve Ensler - 1999

a. Une pratique collective de partage

Quelques travaux dans différents domaines relatent les pratiques des groupes de *self-help* actuels. Comme dans notre étude, le cadre est différent pour chaque groupe, les personnes peuvent se réunir de manière régulière ou ponctuelle (42). Ces collectifs se créent autour du partage d'expériences et de savoirs (31), laissant une place importante à l'écoute et au soutien. Ils

permettent de retrouver confiance en soi et de redonner une image positive de son corps (43). Cela passe par des groupes de parole mais parfois également par de l'auto-observation de ses organes génitaux à l'aide d'un spéculum et d'un miroir. Comme nous le relatait Gaëlle : « *C'était d'instaurer un rapport à mon corps qui soit, un rapport, hmmm... démedicalisé, et désésexualisé.* », ces groupes sont vécus de manière déconnectée à la fois des « *enjeux systématiquement érotiques du sexe féminin ou [des] enjeux médicaux d'examen du corps.* » (41).

Une atmosphère bienveillante est évoquée par les participant.es et une attention toute particulière est attribuée au partage collectif et à la construction de savoirs en groupe. L'auto-gynécologie est perçue comme une relation entre pair.es et non pas comme une appropriation individuelle des savoirs, comme nous le rapporte Béatrice : « *pour moi, ça reste important que ça reste pas un truc individuel en fait, que c'est un truc collectif.* » Cette notion de *Care* communautaire, attitude qui comprend « *ce [que] nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible.* » (99) est rapporté par de nombreuses personnes participant aux groupes (41). Elles se détachent dans ce contexte du *Care* comme valeurs morales habituellement attribuées aux femmes³⁶ (102).

Par ailleurs, les groupes de *self-help*, à l'image de ceux des années 1970, s'inscrivent souvent dans une démarche féministe et militante (41–43).

b. Une pratique permettant l'empowerment

Les différentes recherches autour de l'auto-gynécologie relatent une réappropriation du corps par leurs pratiquant.es (41). Les personnes y échangent des savoirs expérientiels mais également des connaissances issues de documents scientifiques. Le cadre horizontal qui rompt avec une relation médicale asymétrique (103) permet aux personnes d'entrer dans un processus d'autonomisation

36 Généralement, les femmes sont assignées aux soins des personnes vulnérables (enfants, personnes âgées, personnes handicapées), que ce soit dans leur foyer où elles ont souvent en charge la gestion du ménage, ou bien dans les emplois de soins à la personne où les femmes y sont sur-représentées (100). Ce travail intime et invisibilisé est souvent réalisé en majorité par des femmes ou des personnes racisées (101).

de leur santé et d'empowerment (43). L'empowerment correspond « au processus par lequel des individus et/ou des communautés acquièrent la capacité, les conditions de prendre un pouvoir et d'être actrices/acteurs dans la transformation de leur vie et de leur environnement. L'empowerment augmente la capacité de la personne d'agir avec les autres » (8). Cette prise de pouvoir, vécue comme une force sur leur corps et sur leur santé, est un élément récurrent rapporté par les participant.es (41,43).

On retrouve aussi cette réappropriation dans des textes datant des années 1970 : « Je suis sortie de là beaucoup plus consciente et plus forte. Cela aura été un lieu où j'aurai appris que nul autre que moi n'a le droit de contrôler, médicaliser mon corps et mon esprit. Je suis différente parce que très fière d'avoir appris la signification du mot « approprier » : retourner à soi ce qui nous a toujours appartenu. » (104).

Enfin, cette émancipation déborde du cadre simple de la gynécologie et impacte également d'autres aspects de la vie (41).

2. L'importance du savoir expérientiel

« La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.»
Charte d'OTTAWA – OMS - 1986

a. Les limites de l'Evidence based medicine

L'Evidence based medicine est un terme difficilement traduisible en français. On pourrait parler de médecine fondée sur les preuves (105). Ce terme est défini en 1996 par Sackett et al., comme l'utilisation des meilleures données actuelles de la science pour prendre une décision dans les soins à apporter aux patient.es (106). Cela signifie intégrer à l'expérience de sa pratique clinique

des données issues des savoirs académiques et qui découlent d'une recherche systématique de la littérature (62,107).

Cependant, il ne faut pas perdre de vue que cette expertise scientifique a des limites, tant dans sa production que dans son application. En effet, la science médicale n'est pas « *exacte* », elle découle d'une vérité statistique qui hiérarchise la connaissance par niveaux de preuves et par laquelle des normes sont produites afin de guider une décision médicale (108). Les essais cliniques contrôlés peuvent être, par ailleurs, biaisés³⁷ (109).

La production de savoirs est également régie par des enjeux financiers. Les entreprises privées qui financent en majeure partie la recherche médicale³⁸ privilégient des recherches pour des traitements qui se vendront à grande échelle. Quant au service public, bien que le profit ne soit pas directement recherché, il oriente les recherches cliniques vers des études permettant une économie de moyens (108).

Ensuite, « *l'expert scientifique* » a souvent son domaine d'expertise dans le biomédical mais peu dans les domaines de la psychologie, de la sociologie ou de la santé publique, ce qui ne lui permet pas de prendre en compte l'intégralité d'une problématique pour la prise d'une décision (109).

Enfin, cette définition de l'EBM nous semble insuffisante. En effet, elle n'intègre pas le savoir expérientiel des usager.es. En 2019, lors d'un colloque de la Haute Autorité de Santé autour de la construction des savoirs, la présidente de l'HAS, la Professeure Dominique Le Guludec, complète cette définition en ajoutant aux « *données de la littérature [et aux] pratiques cliniques* », la notion de « *préférence des patients* » qui correspond aux demandes et à l'expertise profane qu'ils et elles peuvent apporter pour l'avancée de la science (111).

37 Comme par exemple par des échantillons non représentatifs et des limitations méthodologiques. (voir Annexe 10)

38 En France en 2014, 64,8 % de la dépense pour la recherche et le développement est réalisée par des entreprises privées (110).

b. Le savoir expérientiel

Le savoir expérientiel est une production de savoirs élaborés de manière collective entre pair.es par la mise en commun d'échanges autour de connaissances personnelles. Ce savoir profane est le fruit d'expériences personnelles, d'informations recueillies et de l'apprentissage des personnes sur leurs problèmes de santé. Il peut émerger dans les milieux associatifs de regroupements de patient.es, dans des groupes d'auto-support, sur internet ou sur les réseaux sociaux (109,111,112). Ces savoirs sont souvent renvoyés à la marge, soit parce qu'ils ne sont pas reconnus comme aussi légitimes que les savoirs biomédicaux, soit parce qu'il est difficile de les nommer et de les délimiter tant ils peuvent être intégrés dans la vie quotidienne (111).

Ces savoirs expérientiels sont cependant utiles à plusieurs niveaux. Par exemple, ils assurent la sécurité des soins, grâce à l'expertise de la personne sur le déroulé du processus de soin (113). Ils peuvent également donner la possibilité aux usager.es de devenir des « *patient.es ressources* ». Et à travers leur partage d'expériences avec d'autres personnes malades, permettre à celles-ci une identification qui peut amener à la résilience (114). Les « *patient.es expert.es* » sont, par ailleurs, des « *experts de soi* ». C'est ainsi que par leurs capacités de perception fine, certaines personnes sont capables de construire une sémiologie spécifique peu ou pas connue des professionnel.les de santé³⁹ (109). Ces personnes contribuent à l'instruction des futur.es soignant.es par leur intégration dans le système d'enseignement universitaire⁴⁰ (115). De plus, l'expertise collective contribue à modifier la gestion du système social de soin en participant, par exemple, à l'élaboration de protocoles (113,116). Enfin, les savoirs expérientiels donnent l'occasion de porter sur la place publique de manière collective les problématiques négligées par les professionnel.les de santé (111).

39 « Avant que l'on ne découvre la notion d'index glycémique, les experts diabétologues pensaient que les sucres simples étaient des sucres rapides et les sucres complexes des sucres lents. Les patients diabétiques avaient beau leur dire que le chocolat entraînait moins d'hyperglycémie que le pain, la science, pour une fois alliée au bon sens populaire, réfutait ce constat qui s'est révélé pourtant parfaitement exact. » (109)

40 Par exemple, à l'université Paris 13, des patient.es expert.es sont impliqués dans la formation des futur.es médecins généralistes (115).

c. Les mouvements féministes comme producteurs de connaissances

Le *Women Health Movement*, créé dans les années 1970 aux États-Unis dans un contexte de montée des mouvements sociaux, a permis de franchir les frontières existantes entre les savoirs « experts » et les savoirs « profanes ». A l'époque, ces personnes se sont réunies dans un premier temps pour partager leurs expériences gynécologiques. Elles se sont ensuite rendu compte que leurs expériences n'étaient pas en accord avec les savoirs officiels. Elles ont donc décidé de collecter elles-mêmes des données scientifiques et de les publier. Cela a abouti notamment à la première édition de « *Our Bodies, Ourselves* » en 1973 (117,118).

Ces premiers mouvements de santé des femmes associés aux groupes de *self-help* de l'époque ont engendré de grands progrès pour leur santé, en associant aux données biomédicales leur savoir expérientiel.⁴¹

Les ateliers d'auto-gynécologie, dans la lignée des groupes des années 1970, permettent aux personnes de se regrouper pour échanger leurs savoirs et savoir-faire dans un rapport horizontal. Le lien collectif créé entraîne un *empowerment* des participant.es et contribue ainsi à leur autonomisation en santé via une reprise collective de pouvoir sur leur corps et un partage d'expériences. En donnant une légitimité nécessaire aux savoirs profanes et aux approches collectives, on redonne aux personnes un pouvoir d'auto-détermination et une place au sein de l'organisation du système de santé. En effet, le savoir expérientiel, utile pour renforcer la sécurité du soin, peut amener à la résilience de certain.es soigné.es, aide à construire une séméiologie médicale précise, permet la transmission de savoirs aux professionnel.les de santé, donne lieu à la création de protocoles de soin et met en lumière certaines problématiques méconnues par les soignant.es.

41 Comme par exemple l'intégration des femmes dans les recherches médicales, l'intégration d'une notice avec les effets indésirables dans les boîtes de pilules contraceptives, ou encore le fait de rendre publics les effets secondaires graves du diéthylsylbestrol (DES) donné comme pilule d'urgence (117).

E. Comment diminuer les inégalités de genre et les autres discriminations en santé

La charte d'Ottawa, rédigée lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé en 1986, stipule que « *la promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter.* » Pour y parvenir, plusieurs pré-requis sont nécessaires comme pouvoir se loger, accéder à l'éducation, se nourrir, avoir un certain revenu ou bénéficier d'une justice sociale et d'un traitement équitable dans la société. Une action coordonnée de tout.es les acteur.ices, des gouvernements aux individus, est indispensable. Cela passe notamment par une participation active des usager.es à leurs besoins en santé qui sont définis par les membres de la communauté eux-mêmes. La participation active nécessite une autonomisation de la part des personnes, leur permettant ainsi de prendre des décisions adaptées à leur état de santé (119).

Dans cette partie, nous allons essayer de trouver des pistes à différentes échelles pour promouvoir une santé moins discriminante à travers des mesures globales et au sein des cabinets de consultation. Nous allons ensuite discuter de l'importance de l'autonomisation et du développement de la gynécologie en médecine générale pour améliorer la santé des personnes.

1. Pour une santé plus inclusive

« S’occuper de la santé des femmes est une approche nécessaire et utile pour renforcer les systèmes de santé d’une façon générale, dans l’intérêt de tous. L’amélioration de la santé des femmes est importante pour les femmes, pour leur famille, pour leur communauté et pour l’ensemble de la société. Améliorer la santé des femmes, c’est rendre le monde meilleur. »

Les femmes et la santé – OMS – 2009

a. Lutter contre les discriminations à une échelle plus globale

Pour lutter contre les inégalités sociales au sein des consultations gynécologiques, des moyens sont nécessaires. C’est pourquoi une politique sociale de santé est indispensable. Dans son avis pour agir contre les maltraitances dans le système de santé publié en 2018, la Commission Nationale Consultative des Droits de l’Homme préconise de sortir d’une logique économique. Pour cela, il faudrait adapter les budgets aux besoins de santé de la population et aussi mettre en place une politique publique active de lutte contre les maltraitances (86).

Pour ce faire, il serait intéressant de collecter les cas de maltraitances au niveau national. Cela permettrait d’une part de mieux les reconnaître (25) et d’autre part de pouvoir mesurer leur étendue. On pourrait imaginer la mise en place de programmes pour limiter les discriminations et promouvoir la bienveillance ; il faudrait veiller à ce que ces pratiques aient lieu dans tous les établissements de santé, que ce ne soit pas seulement *« une option, ou un label qui serait attribué à quelques établissements et ne bénéficierait qu’à certain[e]s patient[e]s privilégié[e]s. »* (86). L’évaluation de l’application des recommandations de bonnes pratiques dans les établissements de santé serait également intéressante (25).

Par ailleurs, il faudrait encourager une recherche médicale plus représentative, en intégrant plus de diversité dans les études (120,121). Soutenir une recherche médicale publique via des financements plus importants pourrait également faire partie d’un programme de santé publique (86).

Enfin, il semble important de renforcer l'accès à l'information des personnes sur leurs droits, de faciliter les procédures de signalement des actes de discriminations et de plus facilement condamner les pratiques maltraitantes (25). L'accès à l'information pourrait se faire via des campagnes nationales de sensibilisation dans les hôpitaux ou dans les cabinets des médecins (86). Dans ce sens, suite au rapport réalisé par le Haut Conseil à l'Égalité en 2018, le CNGOF a mis en place le label Maternys. Ce label propose douze recommandations dont la transparence des établissements de santé concernant leur taux d'épisiotomies et de césariennes, ou une consultation prénatale psychosociale pour accompagner la parturiente. Dans une interview menée sur France Inter en janvier 2021, Margaux Collet, ancienne rapporteuse du rapport du HCE, déplore cependant que les mesures n'aient pas été plus loin. Par exemple, elle aurait souhaité, en plus de la transparence, qu'il y ait des recommandations pour aider à faire baisser le taux de césariennes et d'épisiotomies.

b. La formation médicale, un pilier de lutte

La formation initiale des étudiant.es en santé semble indispensable pour lutter contre les discriminations. Comprendre les mécanismes de domination dans la société permet de les reconnaître et ainsi de lutter contre ses propres stéréotypes (122). Intégrer ces programmes dans la formation continue des médecins déjà en exercice est tout aussi important (25,86).

De plus, il est nécessaire de lutter contre les actes discriminants qui ont lieu au sein-même des études de santé (94). En effet, la formation des soignant.es est empliée de violences (123), et cela peut être source d'erreurs de prise en charge (96) mais aussi de reproduction de ces violences avec les usager.es. Renforcer le nombre de personnes issues des minorités au sein des postes décisionnaires⁴², ainsi que lutter activement contre toute forme de discrimination lors des études médicales permettrait de diminuer les rapports de domination.

42 Dans son enquête nationale réalisée en 2017, le syndicat ISNI (InterSyndicale Nationale des Internes) retrouve que 76,30% des chefs de service sont des hommes.

c. Au sein de la consultation

Le partage du savoir des soignant.es avec les usager.es est important. En effet, il ne s'agit pas de faire de chaque personne une experte en gynécologie mais de pouvoir donner à chacun.e certaines clés, permettant ainsi de devenir plus autonome, de mieux reconnaître des symptômes anormaux ou de mieux appréhender sa physiologie (124,125). Cela aide aussi à gagner en confiance en soi et à pouvoir être plus serein.e, comme nous le confie Fanny : « Bah... être euh... de savoir beaucoup plus s'écouter quoi. Euh... être plus sensible à la chose [à son sexe]. Du genre : euh... "ah tiens, euh... à un moment donné j'ai changé d'odeur", donc je suis capable de me rassurer en disant "ok, bah là, je vais prendre un moment pour moi, je vais m'ausculter. Je regarde le pH de mes muqueuses. Ok, non, en fait c'est bon." »

De plus, comme le stipule la loi Kouchner de 2002, le consentement après une information libre et éclairée doit être recherché pour tout acte médical (126). Pour cela, on doit s'assurer que le ou la patient.e ait bien compris. Si la communication est compliquée, on peut passer par un.e médiateur.ice qui adapterait le « discours médical dans la langue et la culture du [de la] patient[e] » et qui permettrait de « guider le [la] soignant[e] vers une prise en charge adaptée, prenant en compte les conditions d'existence du [de la] patient[e] (habitat, structure familiale, difficultés d'emploi...) » (86).

En écho à ce que nous dit Hiba : « Alors maintenant y a ce truc qui s'est un peu institutionnalisé avec Gyn&Co⁴³ sur euh... Mais nous on... 'fin voilà, on s'fait des listes blanches et des listes noires de praticiens. », il semble important pour les usager.es de s'échanger des listes de soignant.es bienveillant.es. En effet, Eric Fassin, sociologue du Laboratoire d'études de genre et de sexualité, explique que les médecins sont traversé.es par les mêmes mécanismes de domination et de discrimination qui ont cours dans la société (127). En appliquant les valeurs

43 Le site Gyn&Co est un website qui présente une liste de soignant.es bienveillant.es faite par et pour les usager.es.

d'universalisme républicain, on aimerait gommer les discriminations ; or, au contraire, c'est en prenant en compte la singularité de chacun.e, que l'on va pouvoir mieux accompagner les personnes dans le soin.

Enfin, on pourrait développer d'autres techniques de consultation. Par exemple, on pourrait proposer d'examiner en décubitus latéral dite « position à l'anglaise »⁴⁴. Cette technique une fois expérimentée est globalement préférée à celle en décubitus dorsal sur le plan de la douleur, de l'anxiété générée par l'examen et du respect de la pudeur (129–131). L'insertion du spéculum ou de la sonde vaginale par la personne elle-même pourrait également être proposée (132). Respecter la pudeur des personnes par des moyens simples comme le déshabillage partiel, le réchauffement des instruments, l'utilisation d'un miroir, la réalisation de l'examen gynécologique dans une pièce fermée, permettrait d'améliorer le confort des personnes lors de l'examen gynécologique.

2. D'autres pistes pour une gynécologie bienveillante

« À ce moment décisif de notre histoire, rappelons-nous que nous toutes et tous qui sommes ici – ces centaines de milliers, voire de millions de femmes, de personnes transgenres, d'hommes et de jeunes - [...] représentons les puissantes forces du changement : nous sommes déterminés à empêcher que ces vieilles cultures racistes et hétéro-patriarcales reviennent au devant de la scène. »

Extrait de discours à la Marche des femmes de Washington - Angela Davis - 2017

a. Promouvoir l'autonomie et l'auto-gynécologie

Une revue de la littérature publiée en 2006 par l'Organisation Mondiale de la Santé met en lumière le fait que l'autonomisation des usager.es du système de soin a un impact bénéfique sur leur santé. Les stratégies d'*empowerment* les plus efficaces sont celles « *qui reposent sur une participation authentique et renforcent cette dernière, en assurant l'autonomie en matière de*

44 « *La patiente s'allonge sur le côté, la jambe qui est au contact de la table d'examen reste étendue et seule l'autre vient se replier* » (128)

prise de décision, en donnant le sentiment de faire partie d'une communauté, en établissant des liens au niveau local et en réalisant l'autonomisation psychologique des membres de la communauté eux [et elles]-mêmes. ». Si la participation des personnes à leur soin de santé est la base du processus d'autonomisation, elle n'est cependant pas suffisante. Les usager.es doivent être également acteur.ices des décisions prises pour qu'il y ait un effet de *l'empowerment*. L'OMS préconise différentes recommandations suite à cette revue de littérature permettant de majorer l'autonomisation des usager.es et ainsi d'améliorer leur santé⁴⁵ (133).

Par ailleurs, les professionnel.les de santé doivent se décentrer de leur besoin de compliance des soigné.es aux stratégies de soins proposés. Ils et elles doivent les accompagner au mieux vers la représentation d'une vie « *normale* » que se font les usager.es elles et eux-mêmes (134).

Enfin, un des axes d'autonomisation en gynécologie pourrait passer par le développement des groupes d'auto-gynécologie. Comme tous.tes les participant.es à notre étude l'ont mentionné, les ateliers de *self-help* leur ont permis un *empowerment* dans différents domaines de leur vie et aussi une réappropriation de leur corps ; comme l'explique Fanny : « *Bah... disons que le fait de m'autonomiser dans ce domaine-là qui euh... dans lequel j'avais aucune connaissance, j'avais aucune notion et du coup je déléguais tout à un, à une personne du monde médical et que là, je m'aperçois que j'ai pu le faire sur ce point-là. Bah... pourquoi je peux pas le faire sur tous les autres points de ma vie quoi ?* » Ce discours se retrouve dans les différentes recherches menées sur le sujet (41–43,124).

Il ne s'agit pas de sortir du système de santé institutionnel, mais de développer en groupes de pair.es une connaissance suffisante sur son corps, une confiance dans son ressenti, et d'avoir un recul critique par rapport aux informations médicales permettant une prise de décisions adaptées

45 L'OMS préconise, entre autres, d'accroître la compétence des citoyen.nes via un accès aux informations, de promouvoir l'action communautaire à travers l'implication collective de la prise de décisions jusqu'à l'évaluation des politiques mises en place, d'investir les citoyen.nes dans la recherche pour l'évaluation des politiques d'*empowerment* et de favoriser la formation des professionnel.les de santé aux stratégies d'*empowerment* (133).

à son état de santé à un moment donné (135), afin de créer une relation pacifiée avec la médecine institutionnelle. De nombreuses personnes dans notre étude nous ont rapporté, à ce propos, que la relation avec les soignant.es s'était améliorée après la participation aux groupes avec pour conséquence une meilleure qualité d'échanges et une baisse dans le ressenti du rapport hiérarchique. Lola le résume : « *Du coup, comme tu prends confiance en toi et que tu te sens plus à l'aise, et que tu sais aussi un peu mieux comment ça marche, la relation avec les soignants peut être que plus équilibrée. Et plus productive, 'fin mieux, non seulement pour la personne soignée, mais pour le ou la soignante.* »

b. Développer la gynécologie en médecine générale

De nombreuses études s'intéressent à la place des médecins généralistes dans le suivi gynécologique. Si de nombreuses femmes trouvent que leur médecin généraliste est un.e interlocuteur.ice privilégié.e pour parler de leur corps et de leur sexualité (51,52), beaucoup ne savent pas que le suivi gynécologique peut être assuré par elles et eux⁴⁶ (78,136–139).

Le principal frein à consulter son ou sa médecin traitant.e, retrouvé dans la littérature, est la pudeur à consulter le ou la soignant.e qui assure un suivi global, parfois de toute la famille, concernant un sujet aussi intime (137,138,140). Cependant, le ou la médecin généraliste semble plus accessible en terme de disponibilité géographique et temporelle (136,137,141,142) même si les gynécologues restent privilégié.es pour leur compétence dans la spécialité (78,141,142).

Devant la baisse démographique du nombre de gynécologues, les médecins généralistes du fait de leur proximité et accessibilité peuvent être des piliers dans le suivi et la prévention en gynécologie aux côtés des sages-femmes.

46 Dans son étude quantitative menée en 2014, Fabienne Ben Hayoun met en lumière le fait que parmi les 109 personnes interrogées, deux tiers ne savaient pas que leur médecin généraliste effectuait des consultations de gynécologie.

Pour lutter contre les discriminations en santé et au sein de la consultation gynécologique, des mesures à différentes échelles sont à prendre. Les politiques publiques ont un rôle important à jouer dans la lutte contre les discriminations (en adaptant les budgets aux besoins de santé des populations, en finançant une recherche publique ou en menant des campagnes nationales pour le droit des usager.es). Inclure des programmes spécifiques dans la formation initiale et continue des soignant.es semble également indispensable. Enfin, au sein-même de la consultation, par un partage plus important des savoirs, en respectant la recherche d'un consentement libre et éclairé, via la diffusion de listes de médecins bienveillant.es, ou en adoptant des techniques plus respectueuses, on pourrait améliorer la prise en charge des usager.es. Le développement de l'*empowerment* des usager.es est également indispensable. En effet, en ayant une connaissance accrue de son corps et de ses capacités, la prise de décisions concernant ses problématiques de santé est plus adaptée. C'est pourquoi promouvoir des ateliers d'auto-gynécologie semble être une piste intéressante pour améliorer la santé. Cela pourrait faire partie intégrante de la stratégie de soins auprès de la gynécologie institutionnelle et permettrait une amélioration de la relation et de la qualité des échanges lors de la consultation. Enfin, l'un des piliers dans ce suivi est le ou la médecin généraliste qui reste un.e interlocuteur.ice privilégié.e concernant les questions sur le corps ou la sexualité.

CONCLUSION

Dans la lignée des groupes de *self-help* des années 1970, les ateliers d'auto-gynécologie auxquels ont participé les personnes de notre étude, malgré une pluralité de fonctionnements, ont donné naissance à des espaces collectifs d'échanges bienveillants entre pair.es. Les impacts de ces ateliers ont été positifs, tant sur le plan physique que psychologique. Dans ce lieu vécu comme sécurisant et empreint d'adelphité, elles ont amélioré le rapport à leur corps, gagné de la confiance en soi et initié des changements dans leur vie gynécologique. Notre recherche a montré que la participation aux ateliers a entraîné une modification de la fréquence de consultations, des moyens de contraception, de la sexualité ou des rapports affectifs.

Malgré un niveau d'étude élevé, les participant.es ont enrichi leurs connaissances de leur anatomie. Ils et elles ont diversifié leurs sources d'informations, effectué des recherches plus ciblées et osé interroger des professionnel.les. Ces démarches, qui accroissent leur compréhension physiologique et pathologique du corps, se sont avérées bénéfiques pour leur santé. (25,56–59).

De plus, les groupes ont été l'occasion d'interroger la médicalisation du corps des personnes avec une vulve et un vagin ainsi que l'existence de normes genrées et hétérocentrées. Grâce aux groupes de parole, différents thèmes, parfois tabous, ont été abordés, notamment les maltraitances gynécologiques et obstétricales. Le partage a suscité une identification pour comprendre notamment les consultations qui se sont mal déroulées. Les maltraitances et violences gynécologiques ne sont généralement pas des actes de malveillances. Elles résultent de violences institutionnelles liées en particulier à des restrictions budgétaires et une dégradation du fonctionnement des services de soin, couplées à la persistance d'une société patriarcale qui crée des inégalités de genre au sein même du système de santé (83,94–96).

Par ailleurs, ce cadre collectif a favorisé un processus d'*empowerment* et la création de savoirs expérientiels, nécessaires pour améliorer l'organisation des systèmes de soin et la prise en charge des usager.es (109,111,113–116). L'autonomisation est bénéfique pour la santé de chacun.e. (119,124,125,133–135).

Les ateliers ont contribué à transformer positivement la relation avec les soignant.es en renforçant l'assertivité des participant.es et la qualité des échanges, perçus comme moins asymétriques (103). Les personnes se sont senties mieux informées et plus actives dans la prise en charge de leur santé.

Certaines personnes ont modifié les modalités de leur suivi. Elles ont parfois changé de professionnel.les, ont diminué la fréquence de consultation si elles n'en ressentaient pas le besoin, ont été capables d'aborder des problèmes gynécologiques de façon plus apaisée, ou parfois ont même repris un suivi qu'elles avaient abandonné. Les groupes ne sont pas vécus comme une alternative au suivi institutionnel, mais comme un complément de celui-ci offrant une autre approche qui permet d'aborder des sujets différents.

D'autre part, devant les nombreux exemples de maltraitements gynécologiques et obstétricaux spontanément rapportés, il nous paraît important d'améliorer la bienveillance médicale en développant des stratégies, tant dans l'organisation des systèmes de santé que dans la formation des étudiant.es ; il est également nécessaire de trouver des méthodes alternatives au sein de la consultation (25,86,94,120–122,129–132).

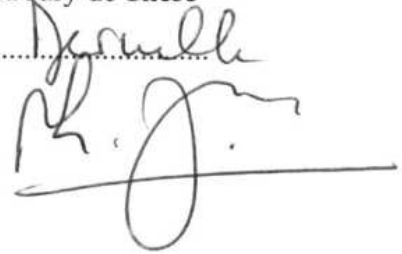
Enfin, les médecins généralistes, en tant que professionnel.les de premiers recours, doivent pouvoir assurer également le suivi gynécologique et parfois obstétrical et restent un.e interlocuteur.ice privilégié.e pour parler du corps et de sexualité (51,52). Promouvoir une santé gynécologique bienveillante au sein des cabinets de médecine générale semble tout à fait indispensable pour lutter contre les discriminations en santé.

VU

Strasbourg, le.....05/05/2021

Le président du Jury de Thèse

Professeur.....



VU et approuvé

Strasbourg, le.....

11 MAI 2021

Administrateur provisoire de la Faculté de

Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



BIBLIOGRAPHIE

1. Medioni D. Liberté, égalité... adelphité ou fraternité réaffirmée ? [Internet]. Ernest. 2009 [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ernestmag.fr/2019/03/11/adelphite-fraternite-ernest/>
2. Devreux A-M. Les sciences et le genre : déjouer l'androcentrisme [Internet]. Presses universitaires de Rennes; 2016 [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <https://hal.parisnanterre.fr/hal-01509506>
3. Phoeun J, Trabelsi M. Développer son assertivité. In: Dynamisez votre posture commerciale [Internet]. Dunod. 2017 [cité 23 mars 2021]. p. 89-115. (Commercial/ Relation client). Disponible sur: <http://www.cairn.info/dynamisez-votre-posture-commerciale--9782100752348-page-89.htm>
4. Ruault L. La circulation transnationale du self-help féministe : acte 2 des luttes pour l'avortement libre ? Crit Int. 8 mars 2016;70(1):37-54.
5. Wiktionnaire. auto-support [Internet]. 2018 [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <https://fr.wiktionary.org/wiki/autosupport>
6. Adam A, Duplan K, Gallot F, Gonzalez-Quijano L, Roucoux G, Valzema M-S. Le sexe sous contrôle médical. Cah Genre. 4 avr 2016;1(60):5-14.
7. Gagnon É. Care [Internet]. Anthrophen - Dictionnaire francophone d'anthropologie ancré dans le contemporain. 2016 [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.anthropen.org/voir/Care>
8. Masquetiau P, Markstein C. Genre et promotion de la santé - Le Monde selon les femmes [Internet]. 2018 [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.mondefemmes.org/produit/genre-et-promotion-de-la-sante-2/>
9. Féminisme. In: Wikipédia [Internet]. [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/wiki/F%C3%A9minisme>
10. Husson A-C. Définition du genre et ressources [Internet]. GenERe. 2014 [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <https://genere.hypotheses.org/532>
11. Le concept de genre [Internet]. Institut Emilie du Châtelet. [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.institutemilieduchatelet.org/le-genre>
12. Graspolitique. [Important] La grossophobie entre dans le dictionnaire [Internet]. 2018 [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <https://graspolitique.wordpress.com/2018/05/14/important-la-grossophobie-entre-dans-le-dictionnaire/>
13. Wiktionnaire. racisé [Internet]. 2020 [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: <https://fr.wiktionary.org/wiki/racis%C3%A9>
14. Labelle M. Un Lexique du racisme: étude sur les définitions opérationnelles relatives au racisme et aux phénomènes connexes - UNESCO Bibliothèque Numérique [Internet]. Canada: Centre de recherche sur l'immigration, l'ethnicité et la citoyenneté. Observatoire

- international sur le racisme et les discriminations; 2006 [cité 9 mars 2021] p. 49. Disponible sur: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146588>
15. Giles C. Le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Déterminants, enjeux, perspectives [Mémoire pour obtenir le Diplôme d'État de Sage-Femme]. [France]: Université Paris Descartes; 2018.
 16. Non-mixité. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Non-mixit%C3%A9&oldid=181489535>
 17. Sporenda F. Qu'est-ce que le patriarcat ? [Internet]. Révolution Féministe. 2017 [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <https://revolutionfeministe.wordpress.com/2017/06/11/quest-ce-que-le-patriarcat-par-francine-sporenda/>
 18. Intersex Society of North America. What is intersex? [Internet]. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: https://isna.org/faq/what_is_intersex/
 19. Résilience (psychologie). In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=R%C3%A9silience_\(psychologie\)&oldid=180127655](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=R%C3%A9silience_(psychologie)&oldid=180127655)
 20. Universalis Encyclopédie. Sexisme [Internet]. Encyclopædia Universalis. 2021 [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/sexisme/>
 21. Haute Autorité de Santé. Document de travail - Lexique ou glossaire de termes à utiliser [dans les productions HAS] pour les soins délivrés en dehors des établissements de santé. 2015 p. 2.
 22. Bousquet D. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité - Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes (2016) [Internet]. Haut Conseil à l'Égalité; 2016 juin [cité 19 janv 2021] p. 8. Report No.: 2016-06-13-SAN-021. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/bibliographie/article/rapport-relatif-a-l-education-a-la-sexualite-repondre-aux-attentes-des-jeunes>
 23. Nicolas L. Les différentes étapes de la transition [Internet]. Maison Arc-en-Ciel. [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.lgbt-lux.be/transition-dune-personne-transidentitaire/>
 24. Usager de la santé. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Usager_de_la_sant%C3%A9&oldid=170862242
 25. Bousquet D. Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. Haut Conseil à l'Égalité; 2018 juin [cité 12 déc 2018]. Report No.: 2018-06-26-SAN-034. Disponible sur: <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>
 26. Vuille M. Gynécologie. In: Encyclopédie Critique du Genre [Internet]. La Découverte; 2016 [cité 11 mars 2021]. p. 283-92. Disponible sur: <http://www.cairn.info/encyclopedie-critique-du-genre--9782707190482-page-283.htm>

27. Macias A. Perception du débat sur les violences obstétricales par les professionnels, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens [Mémoire pour obtenir le diplôme d'État de Sage-Femme]. [France]: Faculté de Médecine Paris Descartes; 2019.
28. Alonso I. Le « point du mari » [Internet]. Isabelle Alonso. 2014 [cité 22 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.isabelle-alonso.com/le-point-du-mari/>
29. Rocfort-Giovanni B. Touchers vaginaux sur patientes endormies : « C'est de la médecine, on n'est pas dans un fantasme de viol ! » [Internet]. L'Obs. 2015 [cité 22 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.nouvelobs.com/societe/20150203.OBS1608/touchers-vaginaux-sur-patientes-endormies-c-est-de-la-medecine-on-n-est-pas-dans-un-fantasme-de-viol.html>
30. Loiseau J. J'ai exploré mon col de l'utérus lors d'un atelier d'auto-gynécologie - ChEEk Magazine. 19 oct 2018 [cité 3 janv 2021]; Disponible sur: <http://m.cheekmagazine.fr/societe/reportage-atelier-dautogynecologie/>
31. Andries C. À quoi ça sert de voir son sexe? — Cul, intimité et galipettes. Médor magazine [Internet]. 19 nov 2015 [cité 1 févr 2021]; Disponible sur: <https://medor.coop/magazines/medor-1-summer-2015/voir-son-sexe-gynecologie-feminisme-vagin/?full=1>
32. Murphy M. Immodest Witnessing: The Epistemology of Vaginal Self-Examination in the U.S. Feminist Self-Help Movement. *Fem Stud.* 2004;30(1):115-47.
33. Nissim R, Ruault L. Retour à deux voix sur l'histoire croisée du mouvement self-help. Lyon: Colloque International - Genre et Santé; 2019 avr.
34. France. Code de la santé publique. Article L4130-1 créé par LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438/
35. Pierret J. Place et usage de l'entretien en profondeur en sociologie. In: *Sociologie pénale : système et expérience* [Internet]. Érès. 2004. p. 199-213. (Trajets). Disponible sur: <https://www-cairn-info.scd-rproxy.u-strasbg.fr/sociologie-penale-systeme-et-experience--9782749202471.htm>
36. LEPCAM. Recueil de données en recherche qualitative - [Internet]. [cité 8 févr 2019]. Disponible sur: https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole_quali/
37. Pasquier E. Comment préparer et rédiger un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche de Médecine Générale [Internet] [Mémoire de médecine générale]. [France]: Faculté de Lyon Nord; 2004. Disponible sur: <https://www.yumpu.com/fr/document/read/16589747/memoire-e-pasquier-college-de-medecine-generale-de-nice-cage>
38. Boulet P. Le codage quali pour les nuls [Internet]. Université de Rouen; 2018 [cité 13 déc 2020]. (Congrès CNGE). Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=R9Ng-qwM5eY>

39. Salle M, Gautier C, Frasc D, Crespo T, Ruphy S, Choulet A, et al. Colloque Genre et santé [Internet]. Lyon; 2019 p. 10. Disponible sur: https://irphil.univ-lyon3.fr/medias/fichier/genre-sante-argumentaire-simplifie-francais-au-2019-01-14_1550571878468-pdf
40. Département de Médecine Générale de Strasbourg. Méthodologie de la recherche [Internet]. DMG Strasbourg. 2015 [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/recherche-2/constituer-sa-question-de-recherche-et-choisir-sa-methode/>
41. Salomé-Jeunesse A. Entretiens de groupe sur les pratiques collectives d'auto-examen gynécologique: Prendre soin entre pair.e.s : Care, empowerment et lutte face aux difficultés d'accès à des soins de qualité au sein de l'institution médicale [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. [France]: Université Paris Est Créteil; 2019.
42. Koechlin A. L'auto-gynécologie : écoféminisme et intersectionnalité. *Trav Genre Soc.* 12 nov 2019;42(2):109-26.
43. Dentand Ducrot L. De quoi l'auto-gynécologie est-elle le nom? Le regard des représentations sociales sur une pratique sanitaire émancipée [Note de recherche Psychologie Sociale, du Travail et des Organisations]. [France]: Université Lumière Lyon II – Institut de Psychologie; 2018.
44. Coté L., Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *mai 2002*;3(2):81-90.
45. Delphy C. Se dire féministe [Internet]. 2019 [cité 3 janv 2021]. (À voix nue - France Culture). Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/series/christine-delphy>
46. Crespo T. Combien de sexes ? Pourquoi deux types de sexualité ne font pas deux sexes. Lyon: Colloque International - Genre et santé; 2019 avr.
47. Clair I. Faire du terrain en féministe. *Actes Rech Sci Soc.* 28 juin 2016;213(3):66-83.
48. Clerc J. La connaissance des hommes et des femmes du corps et de l'orgasme féminin: Étude comparative chez les étudiants de l'Université de Strasbourg [Internet] [Mémoire pour obtenir le diplôme d'État de Sage-Femme]. [France]: Université de Strasbourg; 2020. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/memoires/2020/MED/2020_CLERC_Jeromine.pdf
49. Sautivet A. Etat des lieux des connaissances, représentations et pratiques sexuelles des jeunes adolescents : Enquête auprès des 316 élèves de 4ème et 3ème d'un collège du Nord de Montpellier [Mémoire pour le certificat d'études universitaires en sexologie]. [France]: Université Montpellier 1; 2009.
50. Dumortier C. Les connaissances et les représentations des jeunes femmes de leur appareil génital : Étude auprès de 641 femmes de 18 à 25 ans [Mémoire pour obtenir le diplôme d'État de Sage-Femme]. [France]: Université Lille II; 2019.
51. Jugnon Formentin L. Anatomie du sexe féminin: évaluation du niveau de connaissance des femmes majeures consultant en médecine générale en région Rhône-Alpes : étude

- transversale descriptive à partir de 262 questionnaires [Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine]. [France]: Université Claude Bernard Lyon; 2015.
52. Wattebled F. Connaissances des femmes majeures consultant en médecine générale sur leur appareil génital: étude transversale descriptive à partir de 168 questionnaires à La Réunion [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2018.
 53. Guyard L. Chez la gynécologue ; apprentissage des normes corporelles féminines. *Ethnol Fr.* 1 janv 2010;40(1):67-74.
 54. France. Code de l'éducation. Article L. 312-16 créé par LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1). 2001-588 juill 4, 2001.
 55. Grondin C, Duron S, Robin F, Verret C, Imbert P. Connaissances et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête transversale dans un lycée. *Arch Pédiatrie.* 2013;20(8):845-52.
 56. Labbat M. Connaissance et méconnaissance du corps des femmes par les femmes [Diplôme d'état de sage-femme]. [France]: Université d'Angers; 2012.
 57. Gerber-Maître F. Enquête sur le plaisir féminin [Mémoire de Sexologie]. [France]: Université de Nantes; 2009.
 58. Bouvil M. La masturbation chez la femme ou le plaisir féminin : sujet tabou. Causes et conséquences sur la sexualité féminine [Mémoire de Sexologie]. [France]: Université Rennes I; 2000.
 59. Dechoux Pradel J. Appréhension de la sexualité par les adolescents : impact des séances de prévention sexuelle en milieu scolaire évalué par la méthode du focus group. [Thèse d'exercice : Médecine Générale]. [France]: Université d'Angers; 2008.
 60. Hermann J. Boîte à outils genre et santé [Internet]. Paris: Agence Française de Développement; 2016. (Boîte à outils Genre). Disponible sur: <https://www.afd.fr/sites/afd/files/2017-10/Boite-a-outils-genre-sante.pdf>
 61. Merchant J, Vidal C. Genre et santé: Prendre en compte les différences, pour mieux combattre les inégalités [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2016 [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/genre-et-sante>
 62. Jouet E, Flora L, Las Vergnas O. Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients [Internet]. Université Paris 8; 2011 [cité 4 févr 2021] p. 83. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00645113>
 63. Saillant F, Courville F. Des femmes : objets et sujets de l'institution médicale. In: Critiques féministes des disciplines. Les Cahiers de recherche du Groupe de recherche multidisciplinaire féministe. Université Laval Québec; 1994. p. 29-51.

64. Crociati A. Santé gynécologique de la femme jeune : état des lieux auprès des étudiantes de 18 à 25 ans de l'Université de Lorraine en 2014 [Mémoire pour diplôme d'état de sage-femme]. [France]: Université de Lorraine - Nancy; 2015.
65. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Examen gynécologique [Internet]. 2011 [cité 13 mars 2021]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examen/site/html/1.html
66. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2020 [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: 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
67. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Gynécologie et santé des femmes. La prise en charge des femmes française. [Internet]. 2000 [cité 10 déc 2020]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
68. Santé publique France. Les Françaises et la contraception : premières données du Baromètre santé 2016 [Internet]. 2016 [cité 10 déc 2020]. Disponible sur: </liste-des-actualites/les-francaises-et-la-contraception-premieres-donnees-du-barometre-sante-2016>
69. Association pour la Recherche et le DÉveloppement de la COntraception Masculine. Méthode thermique [Internet]. 2020 [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.contraceptionmasculine.fr/la-methode-thermique/>
70. Fourcade N, Grémy I, von Lennep F, Bourdillon F. L'état de santé de la population en France [Internet]. DRESS - Santé publique France; 2017 mai [cité 10 déc 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
71. Gustin P. Paroles de patients. In: Le temps des naissances en souffrance [Internet]. Presses Universitaires de France. 2015 [cité 9 déc 2020]. p. 79-116. (Souffrance et théorie). Disponible sur: <http://www.cairn.info/le-temps-des-naissances-en-souffrance--9782130590880-page-79.htm>
72. Dessureault A-M. La médicalisation de l'accouchement : impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. *Devenir*. 26 mai 2015;27(1):53-68.
73. Boulet E. La construction de la temporalité de la grossesse, entre politiques publiques et savoirs médicaux. *Médecine et genre. Étudier la construction des savoirs médicaux*; 2020 déc; EHESS.
74. Hildingsson I, Karlström A, Haines H, Johansson M. Swedish women's interest in models of midwifery care - Time to consider the system? A prospective longitudinal survey. *Sex Reprod Healthc Off J Swed Assoc Midwives*. mars 2016;7:27-32.
75. Pasquier A, Richard S. Des expériences aux attentes de personnes lesbiennes en soins primaires : inégalités en santé, postures professionnelles et empowerment [Internet] [Thèse

- pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. [France]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016 [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1573/>
76. Rouanet M. Suivi gynécologique chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes: étude qualitative explorant le vécu de la consultation gynécologique [Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine]. [France]: Université Claude Bernard-Lyon 1; 2018.
 77. Mortain V. Comment les adolescents souhaitent-ils être informés sur la contraception par leur médecin généraliste? : Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de quatrième, seconde et terminale au sein d'établissements publics des Yvelines [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2013.
 78. Blin A. Suivi gynécologique hors grossesse: contenu idéal des consultations selon les patientes, étude qualitative [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. [France]: Université de Tours; 2017.
 79. Schweizer A. L'abord de la sexualité en consultation gynécologique. Rev Médicale Suisse. 2017;13(554):590-3.
 80. Maheux B, Haley N, Rivard M, Gervais A. Do physicians assess lifestyle health risks during general medical examinations? A survey of general practitioners and obstetrician-gynecologists in Quebec. CMAJ Can Med Assoc J. 29 juin 1999;160(13):1830-4.
 81. Organisation mondiale de la Santé. Santé sexuelle [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
 82. Guyard L. Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir. Nouv Quest Féministes. 2010;29(3):44-57.
 83. Blondin M. Violences obstétricales et gynécologiques. Strasbourg: Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe; 2019 sept. (Commission sur l'égalité et la non discrimination). Report No.: 14965.
 84. Lahaye M-H. L'examen gynécologique des jeunes femmes : un droit de cuissage moderne [Internet]. Marie accouche là. 2016 [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <http://marieaccouchela.net/index.php/2016/10/06/lexamen-gynecologique-des-jeunes-femmes-un-droit-de-cuissage-moderne/>
 85. Compagnon C, Ghadi V. La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages. [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2009 [cité 22 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1258960/fr/la-maltraitance-ordinaire-dans-les-etablissements-de-sante
 86. CNCDH. Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux [Internet]. Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme; 2018 mai [cité 22 janv 2021] 76 p. Disponible sur: <https://www.cncdh.fr/fr/publications/agir-contre-les-maltraitances-dans-le-systeme-de-sante-une-necessite-pour-respecter-les>

87. Marcilly A, Mauri M. Maltraitance médicale dans la pratique gynécologique et obstétricale ambulatoire et conséquences pour le suivi: point de vue des patientes [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2018.
88. CIANE. Épisiotomie : taux en baisse, mais tout reste à faire en matière de consentement et de transparence des établissements [Internet]. 2013 nov [cité 22 janv 2021] p. 25. Report No.: 6. Disponible sur: <https://ciane.net/2013/11/episiotomie-taux-en-baisse-mais-tout-reste-a-faire-en-matiere-de-consentement-et-de-transparence-des-etablissements/>
89. Denis A, Callahan S. État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature. *J Thérapie Comport Cogn.* 1 déc 2009;19(4):116-9.
90. Bohren MA, Mehtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet.* 9 nov 2019;394(10210):1750-63.
91. Bohren M, Vogel J, Hunter E, Lutsiv O, Makh S, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med.* 30 juin 2015;12(6):32.
92. Garcia A. Émergence du problème des violences obstétricales : point de vue des patientes [Mémoire pour diplôme d'état de sage-femme]. [France]: Université de Lille; 2019.
93. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *J Adv Nurs.* 2010;66(10):2142-53.
94. Porto A, Le Pennetier O. Hey doc, les études de médecine sont-elles sexistes ? [Internet]. ISNI - InterSyndical National des Internes; 2017 11 p. Disponible sur: <http://veille-travail.anact.fr/ark:/20179/KH3757852762512981120>
95. Triffaux J-M, Tisseron S, Nasello J-A. Decline of empathy among medical students: Dehumanization or useful coping process ? *L'Encéphale.* 1 févr 2019;45(1):3-8.
96. Haute Autorité de Santé. Revue de la littérature : Qualité de vie au travail et qualité des soins [Internet]. 2016 janv [cité 25 janv 2021] 54 p. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail
97. D'Hooghe V. Spéculum, miroir et identités: le self help gynécologique à Bruxelles dans les années soixante-dix [Internet]. Éditions de l'Université de Bruxelles; 2013 [cité 18 mai 2019]. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/2013/>
98. Gagnebin J-M. Je suis mon corps : sur un groupe de self-help. *Cah GRIF.* 1978;20(1):40-1.
99. Tronto J. Un monde vulnérable : pour une politique du care. *La Découverte.* 2009. 238 p.
100. Emma. Fallait demander [Internet]. Emma. 2017 [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <https://emmaclit.com/2017/05/09/repartition-des-taches-hommes-femmes/>
101. Bailleux A, Lours C. Réflexions autour des dynamiques de genre et du care : Approche croisée de terrains ethnographiques [Internet]. EFIGIES Strasbourg; 2021 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=II8yIvSGmzM&feature=youtu.be>

102. Barbier C. L'approche du genre comme déterminant de la santé [Internet]. Éducation Santé. 2014 [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: <http://educationsante.be/article/lapproche-du-genre-comme-determinant-de-la-sante/>
103. Quéré L. Lutttes féministes autour du consentement. *Nouv Quest Fem.* 18 mai 2016;35(1):32-47.
104. Cyr C. L'auto-examen un événement particulier. *Communiqu'Elles.* juill 1985;(13).
105. Office québécoise de la langue française. Médecine factuelle [Internet]. Grand dictionnaire terminologie. 2003 [cité 5 févr 2021]. Disponible sur: http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8373650
106. Sackett D, Rosenberg W, Gray J, Haynes R, Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 13 janv 1996;312(7023):71-2.
107. Service des bonnes pratiques professionnelles. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2013 avr [cité 5 févr 2021] p. 92. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux
108. Lauvin T. « Evidence-Based Medicine » , quelle place dans la décision du médecin ? [Internet] [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. [France]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013 [cité 5 févr 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.upstlse.fr/127/>
109. Grimaldi A. Les différents habits de « l'expert profane ». *Press Sci Po - Trib Santé.* 2010;2(27):91-91.
110. David C. L'effort de recherche et développement en France [Internet]. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche en France; 2017 avr [cité 5 févr 2021] p. 26. Report No.: 10. Disponible sur: https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eesr/9/EESR9_R_27-l_effort_de_recherche_et_developpement_en_france.php
111. Haute Autorité de Santé. Construction et dialogue des savoirs – vers de meilleures décisions individuelles et collectives en santé [Internet]. Paris; 2019 [cité 5 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972304/fr/colloque-has-construction-et-dialogue-des-savoirs-vers-de-meilleures-decisions-individuelles-et-collectives-en-sante-paris-21-novembre-2019
112. Hejoaka F, Simon E, Halloy A. Définir les savoirs expérientiels en santé : une revue de la littérature en sciences humaines et sociales. *Press Univ Lorraine.* 2019;49-74.
113. Mougeot F, Robelet M, Rambaud C, Occelli P, Buchet-Poyau K, Touzet S, et al. L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Sante Publique (Bucur).* 27 mars 2018;30(1):73-81.
114. Grimaldi A. Patient expert ou patient ressource ? *Médecine Mal Métaboliques.* 1 oct 2020;14(6):545-8.

115. Haute Autorité de Santé. Patients et soignants, vers un nécessaire partenariat [Internet]. 2016 [cité 5 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974297/en/patients-et-soignants-vers-un-necessaire-partenariat
116. Gross O. Experts et expertise: le cas des patients [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. [France]: Université Paris 13; 2014.
117. Löwy I. Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale? *Trav Genre Soc.* 2005;14(2):89-108.
118. Vuille M, Rey S, Fussinger C, Cresson G. La santé est politique. *Nouv Quest Fem.* 2006;25(2):4-15.
119. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [Internet]. Ottawa; 1986 nov [cité 7 févr 2021] 6 p. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
120. Human reproduction programme. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2014 [cité 7 févr 2021] 4 p. Disponible sur: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/fr/
121. Dupuy Maury F. Sexe et genre : Mieux soigner les femmes et les hommes. *Science & Santé - Inserm.* déc 2017;(38):24-35.
122. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle - Agenda 2017 - 2030 [Internet]. 2017 75 p. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf?wb48617274=F8664D4D
123. 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 pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. [France]: Université de Strasbourg; 2020.
124. Gineste C. L'impact du sexisme sur la qualité des soins en gynécologie [Internet] [Mémoire éthique du soin et recherche]. [France]: Université Toulouse; 2017 [cité 29 oct 2020]. Disponible sur: <http://dante.univ-tlse2.fr/4379/>
125. Le Département Genre et santé de la femme. Autonomisation et égalité des sexes : des objectifs essentiels à atteindre pour sauver la vie des femme. Organisation mondiale de la Santé; 2008 p. 2.
126. France. Code de la santé public. Article L. 1111-4 créé par LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
127. Mihami A. Listes de médecins jugés non discriminants : « Sans elles, on se retrouve avec des gens qui ne nous comprennent pas » [Internet]. - Le reportage de la rédaction - France




- Culture. 2020 [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/le-reportage-de-la-redaction/listes-de-medecins-juges-non-discriminants-sans-elles-se-retrouve-avec-des-gens-qui-ne-nous>
128. Borée. L'examen « à l'anglaise » – et autres mises au point gynécologiques [Internet]. Le Blog de Borée. 2011 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <http://boree.eu/?p=1349>
129. Grange Cabane A. Le décubitus latéral : perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes [Internet] [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. [France]: Université de Bordeaux; 2015 [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01164656>
130. Guillon-Boucher A. L'examen gynécologique en décubitus latéral: exploration du ressenti des patientes par une étude qualitative [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. [France]: Université Claude Bernard - Lyon 1; 2015.
131. Feauveau C. L'examen gynécologique en décubitus latéral: vécu des patientes [Mémoire pour obtenir le diplôme d'État de Sage-Femme]. [France]: Université de Limoges; 2016.
132. Wright D, Fenwick J, Stephenson P, Monterosso L. Speculum « self-insertion »: a pilot study. *J Clin Nurs*. oct 2005;14(9):1098-111.
133. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ? [Internet]. World Health Organization; 2006 [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/pre2009/what-is-the-evidence-on-effectiveness-of-empowerment-to-improve-health>
134. Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. Des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. [France]: Université Catholique de Louvain; 2007.
135. Masquetiau P, de Ghellinck P, Markstein C, Jacquet M. Le référentiel Auto-santé des femmes [Internet]. Femmes et Santé-Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial-Le Monde selon les femmes. Bruxelles; 2017 [cité 2 déc 2020]. 92 p. Disponible sur: <https://www.femmesetsante.be/ressources/le-referentiel-auto-sante-des-femmes/>
136. Terris C. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale?: étude qualitative auprès des patientes [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. [France]: Université Claude Bernard - Lyon; 2016.
137. Guyomard H. État des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de littérature [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. [France]: Université d'Angers; 2018.
138. Cretin - Ben Hayoun F. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. [France]: Université Pierre et Marie Curie - Paris 6; 2014.

139. Huet C. Suivi gynécologique : quelles sont les perceptions des patientes sur la pratique des médecins généralistes ? [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. [France]: Université Claude Bernard - Lyon; 2018.
140. Jouenne J. Représentation et ressenti de l'examen gynécologique et du frottis cervico-utérin par les femmes non participantes au dépistage du cancer du col utérin [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. [France]: Université Paris Val-de-Marne; 2014.
141. Barrere-Chantre C. Qu'est-ce qui détermine le choix du praticien pour le suivi gynécologique des femmes ? [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. [France]: Université de Clermont I; 2009.
142. Favresse A. Critères de sélection du professionnel de santé responsable du suivi gynécologique des femmes majeures : étude quantitative au sein des cabinets libéraux de Strasbourg [Mémoire pour diplôme d'état de sage-femme]. [France]: Université de Strasbourg; 2020.
143. Charlap C. La fabrique de la ménopause : genre, apprentissage et trajectoires [Thèse de doctorat en sociologie]. [France]: Université de Strasbourg; 2015.
144. Dorlin E. La maladie a-t-elle un sexe ? *PocheSciences Hum Soc.* 2009;34-60.
145. Chaperon S. Organes sexuels. In: *Encyclopédie Critique du Genre* [Internet]. La Découverte. La Découverte; 2016 [cité 8 déc 2018]. p. 428-38. Disponible sur: <https://www-cairn-info.scd-rproxy.u-strasbg.fr/encyclopedie-critique-du-genre--9782707190482-page-428.htm>
146. Dorlin E. La matrice de la race: Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française. La Découverte; 2014. 837 p.
147. Boni-Le Goff I. Corps légitime. In: *Encyclopédie Critique du Genre* [Internet]. La Découverte; 2016 [cité 14 mars 2021]. p. 159-69. Disponible sur: <http://www.cairn.info/encyclopedie-critique-du-genre--9782707190482-page-159.htm>
148. Starhawk. Le temps des bûchers. In: *Femme, Magie et politique* [Internet]. Les Empêcheurs de Penser en Rond. 2003 [cité 16 nov 2018]. p. 46. (Spiritualité). Disponible sur: <https://infokiosques.net/spip.php?article1189>
149. Ehrenreich B, English D. Fragiles ou contagieuses - Le pouvoir médical et le corps des femmes. 2011^e éd. Cambourakis; 1973. 128 p.
150. Rodriguez E. Postface - Savoir, c'est le pouvoir : échapper à l'emprise médicale. *Fragiles Ou Contag - Pouvoir Méd Corps Femmes.* 2016;17p.
151. Aschauer L. Narration et autorité épistémique. Étudier la construction des savoirs médicaux à l'aide la narratologie. *Médecine et genre. Étudier la construction des savoirs médicaux.*; 2020 nov 24; EHESS.
152. Ehrenreich B, English D. Sorcières, sages-femmes & infirmière - Une historE de femmes soignantes. Cambourakis. 1973. 121 p.

153. Masson A, Schantz C. Position gynécologique et construction d'une vulnérabilité du corps féminin. *Rev Sage-Femme*. 11 juin 2018;17(3):114-21.
154. Markstein C, Rixout A. Genre, féminisme et pratique médical. *Politique*. sept 2017; (101):95-101.
155. Casini A, Jacquet I. Intégrer la dimension du « genre » dans les programmes de formation des professionnels de la santé. In: *Penser la formation des professionnels de la santé*. De Boeck Supérieur; 2013. p. 153-68. (Pédagogies en développement).
156. Ciaroni S. La maladie coronaire chez la femme est-elle si différente de celle de l'homme ? *Rev Médicale Suisse*. 2013;9(376):494-7.
157. Healy B. The Yentl syndrome. *N Engl J Med*. 25 juill 1991;325(4):274-6.

ANNEXES

Annexe 1 : Validation du comité d'éthique de l'Université de Strasbourg

	
Mme Camille VOLA Interne en DES de médecine générale 9, rue de Reitwiller 67200 Strasbourg	
Céline CLEMENT Présidente du comité d'éthique pour la recherche	Strasbourg, le 28 août 2019 Objet : Décision du comité d'éthique pour la recherche (CER) Référence dossier : 201904
Madame VOLA, 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 « <i>Impact des groupes d'auto-gynécologie sur la santé globale et gynécologique des participant.e.s et mise en relation avec une consultation gynécologique en soins primaires</i> » 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 :	
<u>que le résultat de l'examen éthique de ce projet de recherche est POSITIF.</u>	
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/2019-14	
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 2 : Lettre d'informations et recueil de consentement de participation à l'étude

Vous êtes invité.e à participer à un projet de recherche. Ce document vous renseigne sur le déroulement de ce projet.

Thématique de l'étude

Cette recherche est menée par Camille Vola et dirigée par Claire Dumas-Breitwiller.

Cette étude inclut des personnes majeures ayant participé à au moins un atelier d'auto-gynécologie.

Le système de santé peut entraîner des violences sexistes, lesbophobes, transphobes et les groupes d'auto-gynécologie interrogent ce système de santé et questionnent le contrôle des corps dans notre société. Il ressurgit dans un contexte de besoin de retour au collectif, et de besoin de réappropriation de certains savoirs.

L'objectif est de comprendre qui sont les personnes qui intègrent ces groupes, pourquoi le font-elles et quel est l'impact de cette participation dans la vie et leur suivi gynécologique avec un.e professionnel.le.

Déroulement de l'entretien

Il s'agit d'un entretien individuel dans un lieu où votre intimité sera préservée. Je vais vous poser plusieurs questions mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, vous n'êtes pas obligé.es de répondre aux questions si vous ne le souhaitez pas.

Cet entretien sera enregistré sur dictaphone, retranscrit de manière confidentielle et anonymisé.

Les retranscriptions anonymisées pourront être lues par la directrice du projet Claire Dumas-Breitwiller ainsi que par une co-chercheuse.

Seuls de petits extraits, écrits et anonymes, des entretiens seront publiés à l'écrit. Notre échange restera confidentiel. Après la retranscription, les enregistrements seront détruits.

Les entretiens peuvent se dérouler face-à-face, par téléphone ou via Skype et durent en moyenne entre 30 minutes et 1h30.

Objectifs de ce travail

Les résultats de ce travail permettraient aux professionnel.les de santé de mieux saisir le vécu et les attentes des personnes dans leur suivi gynécologique.

De plus, la connaissance par les professionnel.les de santé des ateliers d'auto gynécologie permettrait une amélioration des échanges avec leur patientèle. Les pratiques seraient réinterrogées et le déroulé de la consultation en suivi gynécologique pourrait être modifié et amélioré selon les connaissances actuelles de la science et les attentes des patientes.

Ce projet n'est pas financé par un organisme privé.

Si vous le souhaitez, les résultats de ce travail pourront vous être communiqués.

Consentement et retrait de l'étude

L'entretien sera enregistré et la notion de consentement se trouve aussi au centre de ce travail.

Le recueil de votre consentement individuel pour l'enregistrement de ces entretiens et son utilisation est nécessaire pour participer à ce travail de recherche.

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à celle-ci sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Les entretiens seront dans ce cas détruits.

Vous pouvez me contacter à tout moment avant le déroulé de cette étude pour me poser des questions.

Souhaitez-vous recevoir les résultats de l'étude ? OUI NON

A quelle adresse mail ?

Consentement libre et éclairé

Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

Je pourrai à tout moment interrompre ma participation si je le désire, sans avoir à me justifier.

Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée.

Les données recueillies demeureront strictement confidentielles.

J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Je, soussigné.e _____ (prénom, nom), déclare avoir lu et compris le présent formulaire, et en avoir reçu un exemplaire.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature :

Fait à _____, le _____

Camille VOLA

thesecam@tuta.io

Annexe 3 : Guide d'entretien initial

Cet entretien s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche sur les groupes de self-help gynécologique dans le cadre d'une thèse en médecine.

L'objectif est de comprendre qui sont les personnes qui intègrent ces groupes, pourquoi le font-elles et quel est l'impact de cette participation dans la vie et leur suivi gynécologique.

Je vais vous poser plusieurs questions mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, vous n'êtes pas obligé.e de répondre aux questions qui vous gênent, cet entretien restera confidentiel et les propos seront rendus anonymes pour le reste de mes résultats.

1. Pourquoi avoir intégré un groupe d'auto-gynécologie ?

Est-ce pour plus d'autonomie ? Un mauvais rapport avec un.e professionnel.le ? Un besoin d'informations ?

2. Avez-vous un suivi gynécologique par un.e médecin gynécologue, un.e sage-femme ou un.e médecin généraliste ?

a. Si oui : comment ces ateliers ont modifié votre suivi gynécologique ?

Cela a-t-il eu un impact sur la fréquence ? Pourquoi ?

plus : moins d'appréhension ?

moins : meilleure connaissance de votre corps ? Prise en charge personnelle de petits 'maux' ?

Y a-t-il eu une modification dans votre relation avec les professionnel.les, amélioration de la qualité des échanges ? Moins d'appréhension à consulter ? Partages de connaissances ? Meilleure prise en charge ? 'Partenariat' ? Critiques des examens ? Avez-vous osé refuser des examens ? Avez-vous posé plus de questions ?

b. Si non : quelles en sont les raisons ? Vers qui vous tournez-vous en cas de questionnements ?

3. Quel est votre rapport avec votre corps avant et après ces ateliers ?

Meilleures connaissances ? Acceptation de soi ? Écoute de son corps ? Compréhension des modifications physiologiques ?

4. Quel est l'impact de ces ateliers dans votre vie ? (dépistage, IST, sexualité, problèmes gynécologiques, prévention des grossesses,... ?)

*Meilleure prise en charge de votre santé ? Partage d'expériences avec votre entourage ? Auto-soin ?
Apport de vos connaissances à vos ami.es ?*

5. Avant ces groupes, comment avez-vous fait pour avoir des connaissances concernant votre corps/sexualité/moyens de prévention IST/grossesse ?

École/parents/ami.es/internet/associations

6. Pour finir, je souhaite vous poser quelques questions vous concernant (comme je vous l'ai dit au début, vous n'êtes pas tenu.e de répondre aux questions si vous ne le souhaitez pas)

- Quel âge avez-vous ?
- Exercez-vous une profession ou suivez-vous une formation, ou autre chose ? Si oui laquelle ?
- Quel est votre niveau d'étude ?
- Comment vous identifiez-vous (*cisgenre, transgenre, non-binaire, intersexe, autre*) ?
- Comment définiriez-vous votre appartenance ethnique (*blanc (caucasien, nord-américain, eurasien,...) noir (nord américain, africain, indien...), asiatique, roms, hispanique, arabe, autre*) ?
- Quel est votre lieu de vie (*grosse ville, ville moyenne, campagne, zone semi-rurale*) ?
- Dans quel lieu avez-vous grandi ?
- Avez-vous une assurance maladie ? Une complémentaire santé ?

Merci beaucoup d'avoir partagé votre expérience dans le cadre de cette étude. Avant de finir cet entretien, avez-vous des remarques complémentaires sur les points que nous avons abordés ?

Pensez-vous à des questions que je n'aurais pas posées et qui vous sembleraient pertinentes pour le sujet ?

Annexe 4 : Guide d'entretien final

Cet entretien s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche sur les groupes de self-help gynécologique. L'objectif est de comprendre qui sont les personnes qui intègrent ces groupes, pourquoi le font-elles et quel est l'impact de cette participation dans la vie et leur suivi gynécologique.

Je vais vous poser plusieurs questions mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, vous n'êtes pas obligé.e de répondre aux questions qui vous gênent, cet entretien sera enregistré sur dictaphone, retranscrit de manière confidentielle et anonymisé. Seuls de petits extraits, écrits et anonymes, des entretiens seront publiés à l'écrit. Notre échange restera confidentiel. Après la retranscription, les enregistrements seront détruits.

Vous avez le droit à tout moment de vous rétracter librement de l'étude.

1. Qu'est-ce qui vous a amené.e à intégrer un groupe d'auto-gynécologie ?

- *Groupe : trouver des réponses collectives ? Se retrouver entre femmes ? L'isolement ? Une démarche politique ?*

- *Accès aux soins : mauvais rapport avec un.e professionnel.le ? Déserts médicaux ? Recherche d'un suivi différent du parcours institutionnel ?*

- *Santé : mauvais suivi de sa santé ?*

- *Réappropriation de son corps ? Mouvement féministe ? Recherche d'informations ?*

2. Comment se constituaient les groupes et quelles étaient leur(s) finalité(s) ?

Combien ? Genre ? Quelles discussions ? Quelles activités ? Positionnement féministe ? But ?

3. Quel est votre parcours gynécologique ?

a. Si suivi : Age des premières consultations ? Fréquence ? Quel.les professionnel.les ? Pour quel(s) motif(s) ?

b. Si aucun suivi : quelles en sont les raisons ? Vers qui vous tournez-vous en cas de questionnements ?

- *Pas le besoin ? Méconnaissance ?*

- *Qualité des soins : mauvaises expériences ? Violences ressenties ?*

- *Accès aux soins : désert médical ?*

4. Comment la participation à ces groupes a-t-elle modifié votre suivi gynécologique ?

- *Fréquence : Quel impact cela a-t-il eu sur votre fréquence à consulter un.e professionnel.le de santé en soins gynécologiques ?*

- *Plus : moins d'appréhension ? Meilleures connaissances ? Informations sur le suivi ?*
- *Moins : meilleure connaissance de votre corps ? Et prise en charge sans l'aide institutionnelle de problèmes gynécologiques ? Prise de conscience de violences gynécologiques et/ou obstétricales subies ?*
- *Relation avec un.e soignant.e : Y-a-t-il eu une modification dans votre relation avec les professionnel.les, amélioration de la qualité des échanges ? Partage de connaissances ? Meilleure prise en charge ? Partenariat ? Critiques des examens ? Avez-vous osé refuser des examens ? Avez-vous posé plus de questions ?*
- *Par rapport à vous : moins d'appréhension à aller consulter ? Amélioration de la confiance en soi ? Souhait d'aller à plusieurs ? Repérage des violences ? Auto-défense ? Préparation des consultations en amont ?*
- *Déroulement de la consultation : recherche de consentement ? Plus de questions posées ? Refus de certaines choses ?*
- *Changement de professionnel.le ?*

5. Quels impacts physiques sur votre corps ont ces ateliers ?

Se regarder, compréhension des modifications physiologiques, expérimentations, auto-soin (les limites) ?

6. Qu'est-ce que ces réunions changent par rapport à vos manières de considérer votre corps et celui des autres ?

Connaissances, acceptation de soi, écoute de son corps, corps social

7. Quel est l'impact de ces ateliers dans votre vie par rapport au dépistage, IST, sexualité, problèmes gynécologiques, prévention des grossesses,...

Et dans le reste de votre vie (hors gynéco) ? Qu'est-ce que ça a changé sur la qualité de votre vie ?

Meilleure prise en charge de votre santé ? Partage d'expériences avec l'entourage ?

Auto-soin ? Prise de décisions ?

8. Avant ces groupes, comment avez-vous fait pour avoir des connaissances concernant votre corps/sexualité/les moyens de prévention IST/grossesses ?

Et après le premier atelier ?

École/parents/ami.es/internet (quels sites ?)/associations/fanzines/brochures...

9. Qu'est-ce que ça change d'être en groupe par rapport au fait d'être avec un.e professionnel.le ?

Plus facile d'être en groupe ou plus intimidant ? Gain de force ? De temps ? Apprentissage de méthodes de défense par rapport aux violences ? Soutien ? Préparation des consultations ? Plus de connaissances ?

10. Comment voyez-vous la suite par rapport à ces ateliers ?

Poursuite, arrêt, pourquoi ?

11. Pour finir, je souhaite vous poser quelques questions vous concernant (comme je vous l'ai dit au début, vous n'êtes pas tenu.e de répondre aux questions si vous ne le souhaitez pas)

- Quel âge avez-vous ?
- Exercez-vous une profession ou suivez-vous une formation, ou autre chose ? Si oui laquelle ?
- Quel est votre niveau d'étude ?
- Comment vous identifiez-vous (cisgenre, transgenre, non-binaire, intersexe, autre) ?
- Quel est votre lieu de vie (grosse ville, ville moyenne, campagne, zone semi-rurale) ?
- Dans quel lieu avez-vous grandi
- Quelle est la profession des parents ou représentants légaux ?

Merci beaucoup d'avoir partagé votre expérience dans le cadre de cette étude. Avant de finir cet entretien, avez-vous des remarques complémentaires sur les points que nous avons abordés ?

Pensez-vous à des questions que je n'aurais pas posées et qui vous sembleraient pertinentes pour le sujet ?

Annexe 5 : Exemple de retranscription

Iris, durée de l'entretien : 45 minutes

Contexte : par Skype dans la matinée, à la maison

Qu'est-ce qui t'a amené.e à intégrer un groupe d'auto-gynéco ?

Euh... alors euh... le point de départ c'est une euh... c'était une euh... conférence, de Rina Nissim qui est une naturopathe suisse, qui a été organisée par une association à Toulouse qui s'appelle O intimi qui traite des sujets liés à l'intimité. Euh... et euh... suite à cette conférence, euh... portait sur le self-help et qui invitait les participants à la conférence à faire des groupes pour se réapproprier leur corps, euh... etc. Suite à cette conférence, y a des personnes liées à l'association qui ont utilisé la mailist des personnes qui s'étaient inscrites sur une feuille suite à la conférence. Euh... pour euh... inviter euh... 'fin pour proposer un atelier de self-help euh... et euh... Donc c'était deux filles qui étaient à l'initiative de ce groupe, en disant euh... "bah... c'est à tel jour, à telle heure, pendant..." 'fin en donnant des règles, une fois par mois. Et puis l'objectif c'est de faire un... c'est d'apprendre à faire un auto-examen. Et euh... et puis on s'est donné rendez-vous quelques semaines après, et on était six. Hum... et voilà.

Et donc ça, 'fin, les raisons moi ça me... moi ça m'intéressait de... ça m'intéressait en fait de, d'avoir un moment d'échange avec d'autres femmes sur... avec une diversité de questions. C'était à la fois pour les... c'était pas franchement pour les aspects santé. J'avais pas spécialement de problème de santé gynéco euh... à ce moment-là mais c'est plus pour euh... pour me connaître, euh... et puis... et puis échanger sur des questions, 'fin des femmes et de la santé des femmes de manière générale. Et pas que gynéco, bien-être psychique. Parce qu'on a très vite abordé de toutes façons des questions autres que euh... mycoses, cystites etc. 'Fin voilà.

Pourquoi t'avais besoin d'un moment d'échange du coup ?

[réfléchit] Euh...Alors euh...dans mon cas...euh...J crois c'que j'avais dit euh... la première fois qu'on s'est retrouvées, c'était chez une des filles et on a, du coup, on a fait un tour de parole pour dire pourquoi est-ce qu'on était là et ce que j'avais dit, en fait, moi j'étais dans un moment où j'étais euh... 'fin j'étais euh... pas très bien et je subissais du harcèlement moral au travail de la part d'un homme euh... d'un homme, un peu... voilà. Un peu plus... d'un homme jeune mais euh... qui me... qui était tout le temps sur mon dos, et c'était, c'était très dur. Et j pense que j'avais besoin 'fin voilà de... j pense que c'était lié à... j pense que c'était sexiste en fait. Et, j'avais besoin du coup, de, de, de, de d'échanger, de prendre de la force, 'fin de, de prendre, de, de, de retrouver confiance en moi, etc.

Et puis après, y avait une autre raison, qui était que, euh... j'avais aussi besoin de me réapproprier euh... mon féminisme entre guillemets. 'Fin, j'ai, je, j'ai eu une éducation féministe, y a le féminisme de ma mère, de ma grand-mère, etc. Et je voulais savoir aussi, qu'est-ce que c'était pour moi en fait. Qu'est-ce que... 'fin... qu'est-ce qui résonnait...

Annexe 6 : Caractéristiques de la population

	Agathe	Béatrice
Âge	27 ans	38 ans
Profession/formation	Kiné formée en urologie, en congé parental	Éthnobotaniste
Niveau d'étude	BAC + 4	x
Genre	Femme cisgenre	x
Appartenance ethnique	Française, blanche	Blanche caucasienne
Lieu de vie	Ville	Grosse ville
Lieu de naissance	Campagne, petit village	Campagne
Profession de la mère	Professeure de biologie/secrétaire médicale	Cultivatrice de plantes médicinales et comestibles
Profession du père	Médecin généraliste	x
Assurance maladie	Oui	CMU
Mutuelle santé	Oui	CMUc
Milieu social	Classe haute	x (militant féministe)

	Céline	Delphine
Âge	47 ans	39 ans
Profession/formation	Conseillère conjugale au planning familial, ancienne infirmière	x
Niveau d'étude	BAC + 3	BAC + 4
Genre	Femme cisgenre	Femme cisgenre
Appartenance ethnique	Blanche caucasienne	Française, origines pieds-noirs
Lieu de vie	Campagne	Banlieue parisienne
Lieu de naissance	Ville	Petite ville
Profession de la mère	x	x
Profession du père	x	x
Assurance maladie	CMU	Oui
Mutuelle santé	CMUc	Oui, depuis peu
Milieu social	x	Aisée (médecins, avocats,...)

	Émilie	Fanny
Âge	39 ans	29 ans
Profession/formation	Bibliothécaire	En création d'entreprise
Niveau d'étude	BAC + 4	BAC + 3
Genre	Femme cisgenre	En réflexion
Appartenance ethnique	Caucasienne	Humaine
Lieu de vie	Grosse ville	Campagne, petit village
Lieu de naissance	Moyenne ville	Rural
Profession de la mère	x	x
Profession du père	x	x
Assurance maladie	Oui	Oui
Mutuelle santé	Oui	Oui
Milieu social	x	x

	Gaëlle	Hiba
Âge	32 ans	32 ans
Profession/formation	Orthophoniste	Chômage
Niveau d'étude	BAC + 5	BAC + 2 et formation agricole
Genre	Femme cisgenre	Femme cisgenre
Appartenance ethnique	Blanche	Caucasienne
Lieu de vie	Grosse Ville	Ville moyenne
Lieu de naissance	Campagne	Grosse ville
Profession de la mère	Infirmière	Travaillait au planning familial
Profession du père	x	x
Assurance maladie	Oui	CMU
Mutuelle santé	Oui	CMUc
Milieu social	x	x

	Iris	Justine
Âge	30 ans	31 ans
Profession/formation	Chômage, agronome	Graphiste, cheffe d'entreprise
Niveau d'étude	BAC + 8	BAC + 5
Genre	Femme cisgenre	Femme cisgenre
Appartenance ethnique	Européenne	Caucasienne
Lieu de vie	Grosse ville	Grande ville, capitale
Lieu de naissance	Grosse ville	Banlieue parisienne
Profession de la mère	x	Cheffe d'entreprise libérale
Profession du père	x	Cadre d'une grande entreprise
Assurance maladie	Oui	Oui
Mutuelle santé	Oui	Oui
Milieu social	x	x

	Kanza	Lola
Âge	27 ans	30 ans
Profession/formation	Ingénieure, master de sociologie étude de genre	Sophrologue
Niveau d'étude	BAC + 5	BAC + 2
Genre	Femme cisgenre	Femme cisgenre
Appartenance ethnique	Blanche caucasienne	Française, blanche
Lieu de vie	Grosse ville	Grosse ville
Lieu de naissance	Grosse ville	Grosse ville
Profession de la mère	Professeure	Mère au foyer, petits boulots
Profession du père	Professeur	Ingénieur en métallurgie
Assurance maladie	Oui	Oui
Mutuelle santé	Oui	Oui
Milieu social	Classe moyenne	x

Annexe 7 : Caractéristiques du parcours gynécologique des participant.es

	Agathe	Béatrice	Céline	Delphine
Âge du début du parcours	x	x	x	Dès les premières règles
Professionnel.les consulté.es	Gynécologue libéral.e	Gynécologue libéral.e, sage-femme, gynécologues hospitaliers	Gynécologue, sage-femme	Gynécologue, médecin membre de la famille
Motif(s) de consultation	Problèmes pendant les rapports sexuels, pose de DIU, douleurs ovariennes, début de suivi de grossesse	Frottis cervico-utérin, suivi de condylomes, cystites chroniques, IVG	x	Mycoses, contraception, questions concernant les protections menstruelles
Fréquence de consultation	Une fois par an	Deux fois par an	x	Très peu, « <i>quand j'y pensais</i> »

	Émilie	Fanny	Gaëlle	Hiba
Âge du début du parcours	x	x	16 ans	Avant 21 ans
Professionnel.les consulté.es	Gynécologue	Sage-femme	Gynécologue	Gynécologue hospitalier
Motif(s) de consultation	x	Pose de DIU	Frottis cervico-utérin	IVG
Fréquence de consultation	Une fois par an	Une fois par an	Une fois par an	x

	Iris	Justine	Kanza	Lola
Âge du début du parcours	13 ans	17 ans	19 ans	15 ans
Professionnel.les consulté.es	Gynécologue	Gynécologue libéral.e	Gynécologue du planning familial, gynécologue hospitalier	Gynécologue du planning familial
Motif(s) de consultation	Frottis cervico-utérin	Contraception, grossesse	Contraception	Contraception, mycose
Fréquence de consultation	Une fois par an	Deux à quatre fois par an	Une fois par an	Une fois par an

Annexe 8 : Le corps de la femme à travers l'Histoire, de la Grèce antique aux années 1930

« En effet, l'homme représente aujourd'hui le positif et le neutre, c'est-à-dire le mâle et l'être humain, tandis que la femme est seulement le négatif, la femelle. »

Le deuxième Sexe, Simone de Beauvoir - 1949

La médecine grecque antique a influencé les pratiques médicales tout au long de l'Histoire en Occident. C'est à cette époque que la théorie des humeurs prévaut. Le corps humain comprend quatre humeurs⁴⁷, la santé étant un état d'équilibre entre celles-ci (143).

Dans le *Traité des Maladies des femmes* d'Hippocrate, ouvrage de référence des pathologies féminines de l'Âge classique, l'utérus et ses dérèglements prennent une place importante. Les principales causes des maladies des femmes sont liées à l'engorgement, la rétention et l'assèchement des flux qui emplissent l'utérus (144). À cette époque, les hommes et les femmes ne sont pas pensés comme différents de nature, mais différents « *dans leur degré d'humeur* ». Thomas Laqueur nomme cela le « *modèle à un sexe* » (145). Le corps de la femme est alors perçu comme plus froid et humide que celui de l'homme et « *cette différence d'humidité est présentée comme un excès par rapport à la norme du juste milieu, de la mesotes, qui est l'apanage du corps masculin. C'est en effet presque toujours par référence à un corps masculin normatif qu'est pensé le corps féminin* ». La femme est donc perçue, à cette époque, comme un modèle inversé, inférieur par rapport à l'homme, mais non complètement différente (143).

Au Moyen-Âge, c'est l'Église qui reprend les travaux hippocratiques et le concept de la théorie des humeurs. Le tempérament froid et humide des femmes est alors la conséquence du péché originel, plongeant les femmes dans un état de déséquilibre quasi permanent et expliquant ainsi leur plus grande fragilité face aux maladies (144).

Dans son étude de centaines de traités médicaux français entre 1559 et 1829, Elsa Dorlin nous parle notamment de Jean Liébault, médecin du XVI^e siècle, qui soutient que la femme n'est pas un être inachevé mais bien « *parfaite en son ordre et en sa nature au regard de leur créateur, et de la fin pour laquelle il les a toutes créées* ». Seule la stérilité les rend imparfaites. Il s'appuie néanmoins encore sur les théories humorales pour expliquer la différence de santé des hommes et des femmes. « *Outre leur naturel tempérament, qui est froid et humide : outre l'habitude de leur corps qui est mol, lâche, et de rare taxure, outre les superfluités et excréments dont elles sont pleines : outre la vie oisive, sédentaire et sans exercice qu'elles sont contraintes de mener pour l'imbécillité de leur corps : ores ont-elles une partie si sensible et tant facile à être offensée qui*

47 Le sang, la phlegme, la bile jaune et la bile noire correspondant au chaud, au froid, au sec et à l'humide (143).

est la matrice, que la moindre indisposition d'icelle leur cause une infinité de maux étranges et quasi insupportables » (146). À cette époque, la matrice et le cerveau sont donc les organes responsables de ces morbidités. « L'utérus a sa propre sensibilité qui échappe à la volonté de la femme : on le dit être un animal parce qu'il se dilate, se raccourcit plus ou moins, selon la diversité des causes, et quelquefois même, il frétille et bouge, faisant perdre patience et toute raison à la pauvre femme » (144). Ce modèle s'appuyant sur des arguments biologiques est appelé, selon Thomas Laqueur, le « modèle à deux sexes ».

Paradoxalement, le corps des hommes jugé légitime sera moins étudié que celui des femmes à cette époque (147).

Lors de la période de la grande chasse aux sorcières qui a eu lieu dans toute l'Europe, et ce pendant plus de deux siècles à partir du XVe siècle (148), les phénomènes attribués aux mouvements de l'utérus sont désormais « imputés à des esprits malins ou au diable lui-même ». Le pouvoir médical s'est, dans un premier temps, opposé à l'Église. Les médecins furent par la suite appelés en tant qu'experts lors des procès. Ils proposèrent cependant des thèses de délires ou d'hystérie⁴⁸, plutôt que des accusations de sorcellerie comme on en retrouve dans le traité publié à Strasbourg en 1486, le *Malleus maleficarum*, qui devint le manuel de référence de la chasse des sorcières (144).

A la période industrielle, au XIXe siècle, les femmes n'étaient plus considérées toutes de la même manière en fonction de leur rang social. Les femmes des catégories aisées étaient perçues comme fragiles et faibles. La théorie d'alors dite « de conservation d'énergie » stipule que chaque être humain dispose « d'une quantité d'énergie déterminée, distribuée d'un organe ou d'une fonction de l'organisme à une autre ». Les organes sexuels luttaient pour s'approprier une grande part de l'énergie vitale. Chez la femme, la reproduction était considérée comme élément central de leur cycle biologique, ainsi leur organe reproducteur s'appropriait la majorité de cette énergie. Elles devaient limiter leurs activités physiques mais aussi intellectuelles afin de conserver l'énergie autour de leur utérus. « Si l'on veut que la femme remplisse pleinement son rôle de mère, elle ne peut pas disposer du même cerveau que l'homme. Si les capacités des femmes se développaient autant que celles des hommes, leurs organes maternels en pâtiraient, et nous serions confrontés à un être hybride repoussant et inutile » (149). C'est également à cette époque qu'on rendait les ovaires responsables de nombreux maux⁴⁹, rendant légitime la pratique

48 Pierre Pigray, médecin des rois Henri IV et Louis XIII, sauva ainsi du bûcher plusieurs femmes accusées de sorcellerie, en montrant que ce sont « de pauvres gens stupides, dépravés de leur imagination » (144)

49 « On trouvait parmi les signes l'inquiétude, un appétit d'ogre, la masturbation, les tentatives de suicide, les tendances érotiques, la folie persécutrice, une forme basique d'entêtement, et la dysménorrhée. De toute cette variété de symptômes qui selon les médecins justifiaient le recours à la castration, celui qui ressortait le plus

de l'ovariectomie. L'ablation du clitoris pour guérir de l'excitation sexuelle a également été pratiquée, même si ces pratiques semblent avoir été peu nombreuses en France (145).

Puis à la fin du XIXe siècle, les théories psychanalytiques prirent le pas sur la chirurgie et le repos forcé. Les théories freudiennes ont remplacé la fragilité des femmes causée par un utérus prédominant, par leur manque d'organe : le pénis (149). À cette même époque, où la théorie des germes a éclos, les femmes de la classe ouvrière ont été considérées comme contagieuses⁵⁰. On ne savait pas encore bien comment les pathogènes se transmettaient, mais les personnes pauvres inspiraient la peur en raison d'un taux de maladies infectieuses important parmi elles. C'est à cette époque que les premiers mouvements pour la santé publique, menés par les classes moyennes et supérieures, sont apparus⁵¹ (150).

Puis la découverte des hormones, notamment sexuelles, dans les années 1930, a engendré une modification de la vision du corps des femmes : « *L'idée préscientifique des gonades comme agents de la différence entre les sexes est transformée en concept d'hormones sexuelles fonctionnant comme transmetteurs chimiques de masculinité et de féminité* » (143). C'est dans ce contexte qu'Ernest Laqueur, biologiste fondateur du laboratoire pharmaceutique Organon, a successivement proposé un traitement œstrogénique pour soigner « *les problèmes d'aménorrhée, les retards de croissance des organes génitaux, l'épilepsie, l'eczéma, les rhumatismes, ou encore le diabète* » avant de le proposer pour traiter la ménopause qui est alors vue comme une carence et plus comme « *une crise physiologique* » (143).

était l'appétit sexuel débridé des femmes » (149).

50 C'est à cette époque qu'ont eu lieu les grandes épidémies de typhoïde, de fièvre jaune, de tuberculose, de choléra et de diphtérie.

51 Les acquis qui en découlent sont notamment la politique du contrôle des naissances - dans les classes ouvrières - au début du XXe siècle aux États-Unis, les vaccinations de masse (149) mais aussi des politiques natalistes portées par tous les courants politiques - des partis traditionnels aux partis féministes - et l'ouverture de droits sociaux pour les parturientes les plus pauvres (73).

Annexe 9 : Les matrones, les sages-femmes et les gynécologues

« Connaître notre histoire, c'est commencer à entrevoir le moyen de reprendre la lutte »

Sorcières, sages-femmes, infirmières. Une Histoire des femmes soignantes - Barbara Ehrenreich et Deirdre English - 1972

Jusqu'au XVe siècle, ce sont en grande majorité les femmes qui détiennent les savoirs empiriques et les savoir-faire concernant la santé. L'accouchement, moment intime, est assuré par les matrones. A cette époque, le féodalisme est un système de fonction sociale communautaire, basé sur une économie agraire entre des communautés de paysan.es et des seigneurs⁵². Ce système se transforme progressivement en une économie de marché où l'on ne travaille plus pour subvenir à ses besoins mais pour gagner de l'argent⁵³. Les inégalités se creusent et des révoltes éclatent. C'est dans ce contexte social, que l'Église débute la chasse aux sorcières en les désignant comme boucs émissaires. Ces persécutions, qui ont duré plusieurs siècles, sont en majorité dirigées contre les femmes des classes populaires qui détiennent un savoir empirique du soin. Même si ces chasses n'éliminent pas totalement ces guérisseuses, elles leur accolent une étiquette de personnes malveillantes et superstitieuses. En parallèle à cette élimination de masse, les savoirs théoriques institutionnels se développent. Les médecins exercent cependant en majorité dans les hautes classes sociales. L'accouchement, quant à lui, reste du domaine du privé et du féminin. C'est à cette même époque, que l'on voit apparaître la figure de la sage-femme qui s'appuie sur la science médicale dans sa pratique pour se détacher des matrones traditionnelles.

Au XVIIIe siècle, des techniques chirurgicales se développent pour limiter les risques liés à l'accouchement. Les instruments, comme le forceps, n'ont le droit d'être utilisés que par les médecins⁵⁴. La sage-femme reste reconnue pour son savoir-faire pratique lors des accouchements physiologiques mais est délégitimée en cas d'accouchements compliqués qui deviennent l'apanage des médecins. Cependant, même si la médicalisation est en hausse, il ne va pas de soi d'aller consulter un.e professionnel.le de santé pour son accouchement.

C'est au XXe siècle, après les différentes guerres qui ont ravagé le pays, que des politiques publiques natalistes voient le jour. Des aides financières sont mises en place pour les plus

52 À cette époque où les denrées étaient périssables, le travail communautaire était indispensable à la survie. Les terres étaient travaillées en commun. Seul le surplus alimentaire était redistribué sous forme de taxes vers les sphères plus hautes de la société.

53 Les propriétaires ont privatisé les terres pour élever des moutons et revendre la laine. Les paysans les plus pauvres n'ayant plus de terre comme source de survie, se sont appauvris davantage.

54 Uniquement des hommes, l'université n'étant ouverte qu'aux hommes en France.

pauvres et incitent les personnes à consulter des médecins pour le suivi de la grossesse et de l'accouchement. La grossesse qui était une affaire privée devient alors une affaire publique.

Aujourd'hui, il va de soi de se faire suivre par le corps médical pour que la grossesse et l'accouchement se déroulent au mieux. (26,73,148,151–154)

Annexe 10 : Les inégalités de genre en santé

« Il semble que, d'un moment à l'autre, nous accusions soit le système médical de nous traiter comme si nous étions malades, soit de ne pas réaliser à quel point nous sommes malades ! Le problème est que quoi que nous disions, cela peut être, ou plutôt est utilisé contre nous. [...] La question n'est pas seulement pour nous d'accepter nos propres corps, quelle que soit la « subculture » féminine que nous tentions de créer, car en fin de compte, nos corps ne sont pas le problème. La biologie n'est pas le problème. Le problème c'est le pouvoir, de toutes les façons dont il nous affecte. Nous pourrions par exemple débattre éternellement afin de juger si la tension prémenstruelle est réelle ou psychosomatique, si les derniers mois de grossesse sont vivifiants ou s'ils nous affaiblissent. Mais la véritable question est la suivante : qui décide des conséquences ? [...] Mais de notre volonté de mieux comprendre notre propre biologie, pour nos propres objectifs, nous ne devons jamais perdre de vue le fait que ce n'est pas la biologie qui nous opprime - mais un système social fondé sur une domination de sexe et de classe »

Fragiles et contagieuses - Le pouvoir médical et le corps des femmes. Barbara Ehrenreich et Deirdre English - 2001

Le système de santé n'est pas exempt des dominations qui ont cours dans la société. La bicatégorisation sociale entre hommes et femmes entraîne des discriminations genrées. En effet, on peut, par exemple, sous estimer un symptôme car on l'attribue à un genre et non à un autre, comme le sous-diagnostic de l'ostéoporose et de la dépression chez l'homme ou des troubles du spectre autistique chez les jeunes filles qui sont sociabilisées pour être plus calmes. On peut également surinterpréter des signes cliniques en les attribuant à un genre. Enfin, la non-prise en compte de certaines différences sociales et biologiques entre les humains conduit également à des aberrations médicales.

a. La non-prise en compte des différences de genre : le cas des études cliniques

Les essais thérapeutiques ont été pendant de nombreuses années menés principalement sur des hommes (117), les résultats ayant été extrapolés aux femmes (155). Ceci peut s'expliquer de différentes manières, notamment par la protection des femmes enceintes et des fœtus et la cyclicité menstruelle induisant des variations hormonales importantes difficiles à prendre en compte lors de la réalisation d'études (121).

La non-prise en compte des femmes dans la recherche clinique a conduit à des aberrations : *« Ainsi, en 1990, une sénatrice américaine, Olympia Snowe, a dénoncé une étude sur les liens entre obésité et cancers du sein et de l'utérus... menée exclusivement sur des hommes. »* (121) et à des erreurs médicales. Par exemple, concernant le VIH en 1980, la trithérapie a été testée en tenant compte de la charge virale d'une population ne contenant que des hommes. Or on a découvert en 1998, après avoir effectué des travaux de recherche incluant des femmes, que leur

charge virale était à durée égale d'infection et de déficit immunitaire deux fois moins importante que chez les hommes (sans changer la valeur prédictive de décès). Beaucoup de femmes n'ont, de ce fait, pas été traitées car leur taux de charge virale pour l'accès à la trithérapie était de moitié inférieur à celui des hommes (155).

C'est aux États-Unis, à la fin des années 1990, que des membres féministes du congrès ont imposé à la structure de recherche publique en santé, le *National Health Insititute*, d'intégrer des femmes de manière équitable dans les sujets de recherche (61).

b. Une prise en compte différente en fonction du genre : le syndrome de Yentl

On sait aujourd'hui que l'expression de certaines pathologies est différente en fonction des genres. Prenons l'exemple des syndromes coronariens aigus dont la symptomatologie diffère en fonction du genre⁵⁵. De plus, la prise en compte des symptômes en fonction du genre n'est pas la même : « *La plainte de la femme est plus souvent interprétée comme une plainte fonctionnelle. En revanche, la plainte de l'homme est entendue comme une plainte somatique.* » (155)

Ce biais sexiste, étudié notamment par la Docteure Healy, est appelé le syndrome de Yentl (157).

55 Chez l'homme les douleurs angineuses se traduisent souvent par des douleurs constrictives irradiant dans le bras et/ou la mâchoire. Chez la femme, les maladies coronariennes sont plus souvent asymptomatiques, décalées dans le temps avec une expression pléiomorphe (douleurs abdominales, dyspnée, nausée, asthénie,...) (156)

Annexe 11 : L'émergence des associations de patient.es et leur rôle dans l'organisation des soins

A la fin de la Renaissance, la science médicale d'organes fait son apparition. On s'intéresse de plus en plus à la maladie plutôt qu'aux malades.

Tout le long du XXe siècle, la médecine s'institutionnalise et les valeurs hygiénistes et sanitaires sont de plus en plus prises en charge par l'État. On délaisse les savoirs issus de la sphère familiale pour des savoirs sociétaux. L'institution médicale et les groupes pharmaceutiques vont devenir la norme et gagner en pouvoir social.

C'est avec le mouvement des Alcooliques Anonymes en 1934 qu'un nouveau type d'échanges entre usager.es et professionnel.les se crée. Ces mouvements d'entraide et d'autonomisation vont concerner les usager.es de drogues dans les années 1950 puis les personnes atteintes du VIH dans les années 1980. Suite à différentes crises⁵⁶, les associations de malades ont pu initier de profondes réformes de gestion des systèmes de santé prenant en compte les droits des malades⁵⁷ ou la reconnaissance de ces associations comme nouveaux types d'organisation⁵⁸. Ces associations ont permis la légitimation des savoirs expérientiels et ont engendré de nouveaux rapports entre usager.es et professionnel.les de santé, contribuant ainsi à réduire l'asymétrie existante. (62,113)

56 Comme la pandémie du VIH, la maladie de Creutzfeld-Jacob, l'affaire du sang contaminé, le cas des infections nosocomiales à la clinique du sport.

57 Comme la loi Kouchner du 04 mars 2002.

58 Suite à la Commission pour la réforme hospitalière en 1986.

Annexe 12 : Attestation sur l'honneur concernant le plagiat

Université

de Strasbourg



Faculté
de médecine

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 : NOU Prénom : Camille

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 Anbold, le 25/04/2021

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.