



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

Archive ouverte UNIGE

<https://archive-ouverte.unige.ch>

Master

2023

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Ambivalences dans la consultation : normes médicales, pratiques et expériences des femmes à l'entrée et à la sortie du suivi gynécologique

Saudan, Mathilde Marthe Agathe

How to cite

SAUDAN, Mathilde Marthe Agathe. Ambivalences dans la consultation : normes médicales, pratiques et expériences des femmes à l'entrée et à la sortie du suivi gynécologique. Master, 2023.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:171629>

© This document is protected by copyright. Please refer to copyright holder(s) for terms of use.



**Ambivalences dans la consultation : normes
médicales, pratiques et expériences des femmes à
l'entrée et à la sortie du suivi gynécologique.**

Mathilde Saudan

Août 2023

Sous la direction de Dre. Solène Gouilhers

Et sous l'expertise de Éléonore Crunchant

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement ma référente, la Dre. Solène Gouilhers qui m'a guidée, encouragée, poussée à la réflexion et qui a relu et corrigé mon travail tout au long de ce processus d'écriture. Je remercie les dix femmes interviewées pour le temps consacré à mon enquête ainsi que leur confiance, et les deux gynécologues que j'ai rencontrés pour les apports quant à leurs pratiques et points de vue.

Un grand merci également à mon entourage pour leur bienveillance tout au long de cette période dédiée à ma recherche et mon écriture. Merci à mon partenaire, Benoît pour sa patience, ses remarques et sa relecture. À ma sœur, pour son esprit vif et structuré qui m'a permis d'apporter les touches finales à mon analyse. À Camille, amie de longue date, qui a été mes mains en Suisse pour vous faire parvenir ce travail. À Nisjeta, mon binôme universitaire qui m'a poussée dans mes réflexions et m'a accompagnée tout au long de ce travail.

Résumé

La gynécologie est actuellement traversée par de nombreux débats et des revendications féministes portant sur le respect de la dignité, le devoir d'information ainsi que le consentement. Cette situation dévoile une remise en question de la discipline et de la légitimité des professionnel.le.s qui la pratiquent. Cette focale sur les pratiques et les savoirs propres au suivi gynécologique permet de déconstruire et de repenser, à l'aune d'un mouvement de libération de la parole des femmes, des pratiques depuis longtemps naturalisées et pensées comme immuables. De nombreux travaux en études genre ont mis en évidence que loin d'être un processus individuel, le suivi gynécologique s'inscrit dans une logique structurelle. Ce suivi spécifique accompagne la vie sexuelle des femmes et représente un lieu dans lequel s'exerce des rapports de pouvoir, de socialisation et de rappels à l'ordre tout au long de leur vie. Selon une approche critique, il nous importe de pouvoir recontextualiser le cadre de pratique du suivi gynécologique afin de mieux saisir les articulations entre les différent.e.s actrices ainsi que les rapports de pouvoir inhérents à la relation thérapeutique. Dans une perspective féministe, il nous importe de comprendre comment les femmes perçoivent, vivent, donnent du sens ou contestent leur suivi gynécologique tout en nous intéressant au contexte structurel dans lequel celui-ci se joue. Notre enquête repose sur douze entretiens qualitatifs effectués auprès de dix femmes (regroupées en deux classes d'âges) qui sont suivies en gynécologie ainsi que deux gynécologues. L'analyse du corpus empirique nous permet de pouvoir faire émerger les expériences des parturientes et ainsi, de pouvoir nous concentrer sur leurs ressentis et attentes. Notre travail d'enquête révèle notamment le décalage entre les attentes des patientes et le déroulement effectif du suivi en gynécologie. Chez les jeunes, l'analyse montre que les normes et injonctions portées par les discours des professionnel.le.s ont une influence sur leurs ressentis. L'entrée dans le suivi gynécologique signe pour elles le début de l'assimilation d'un façonnage social de leur sexualité, qui peut parfois être ambiguë. Pour les femmes plus âgées, notre travail permet de mettre en lumière la tendance à la rupture dans le suivi, notamment au moment de la ménopause.

Langage inclusif et spécifications

Dans une logique de représentativité, nous avons utilisé tout au long de notre travail, le langage inclusif. Les désignations ont été utilisées dans leur forme masculine et féminine suivant la règle de l'ordre alphabétique (ex. professionnel.le.s, patient.e.s ...). Les accords se font selon la règle de la proximité, s'accordant ainsi au dernier nom avant l'adjectif. Nous précisons l'utilisation fréquente du terme générique des « femmes » et rappelons évidemment que, pour reprendre le terme d'Iris Marion Young¹, le groupe homogène des femmes n'existe pas. Selon l'autrice, il est plus adéquat de parler de groupe sériel, permettant de visibiliser les différences de traitement, d'accès et de reconnaissance selon la classe, la race et l'identité de genre. Néanmoins, pour faciliter l'écriture et la lecture, nous utiliserons le terme générique « femmes » dans la partie empirique « Résultats ». Ce terme « femmes » reprend les femmes rencontrées lors de mes entretiens, qui toutes, s'identifient comme cisgenre.

¹ Young, I. M. (2007). Le genre, structure sérielle : penser les femmes comme un groupe social. *Recherches féministes*, 20(2), 7-36.

Table des matières

Remerciements	3
Introduction	11
La spécificité du contrôle gynécologique.....	13
<i>La gynécologie : un champ médical particulier</i>	13
<i>Médicalisation : focus sur la prévention</i>	17
<i>Les corps féminins : qu'en est-il en dehors de la maternité</i>	20
Problématique.....	24
Cadre théorique	26
Contextualisation du système de santé suisse	29
Méthodologie	32
Résultats	38
1. Entrée dans le suivi gynécologique	38
1.1. La centralité de la prescription contraceptive au moment de l'entrée dans le suivi gynécologique	39
1.2. Entre autonomie et supervision : bonnes ou mauvaises patientes	43
1.3. Qu'est-ce qu'un suivi adéquat selon les attentes des patientes ?	50
2. La sortie du suivi gynécologique	54
2.1. La fin de la contraception est-elle synonyme de la rupture du suivi ?.....	55
2.2. Le déclin de l'âge : autonomie forcée ?	60
2.3. La ménopause : enjeu pour une prise en charge holistique.....	62
3. La responsabilisation sexuelle	65
3.1. La charge mentale féminine	66
3.2. De l'hyperresponsabilisation contraceptive à la stérilisation précoce	68
3.3. Entre indifférence et stigmatisation des effets iatrogènes.....	71
4. Intériorisation des comportements violents envers les patientes	72
4.1. Le contrôle gynécologique : « un mauvais moment à passer » ?.....	73
4.2. Emergence de situations de violences dans le discours : entre invisibilisation et dénonciation	76
Conclusion.....	82
1. Principales contributions de mon enquête.....	82
2. Limites de notre travail	87
3. Pistes de réflexions personnelles.....	88
Annexes :.....	91
Figure 1 :	91
Figure 2 :	92

Figure 3 :	93
Figure 4 :	94
Bibliographie.....	95

Introduction

En 2017, la journaliste et documentariste Mélanie Déchalotte publie un ouvrage qui fait suite à son documentaire « Maltraitance gynécologique » réalisé pour le média France Culture, dans le but de dénoncer les violences gynécologiques et obstétricales (VGO) au travers de témoignages recueillis. Par cette publication (Déchalotte, 2017), l'auteurice suit le mouvement de dénonciation des violences dans le champ gynécologique, s'inscrivant ainsi dans la lignée de libération de la parole des femmes, qui a connu une grande médiatisation francophone dès 2014. L'intérêt de cet ouvrage repose sur l'importance que l'auteurice donne aux témoignages de femmes et de couples ayant subis des maltraitances médicales tant physiques que morales. La large diffusion de discours et critiques sur les maltraitances gynécologiques envers les femmes a permis de soulever des débats politiques et sociaux. En effet, loin d'être un problème individuel, les VGO représentent un enjeu sociétal et global et demandent une attention politique, économique et sociale particulière afin de ne plus minimiser ou invisibiliser ces formes de violences spécifiques dans un domaine aussi particulier que celui des soins.

Le débat que suscite ce sujet trouve un écho particulier dans le cadre de notre Master en études genre. Dans une approche féministe, la lecture de ce livre nous a poussé à nous questionner sur la manière dont ces violences sont vécues et adressées par les femmes. Un de nos questionnements initiaux part de cette réflexion : malgré la diffusion de nombreuses dénonciations des VGO, les femmes continuent à se rendre à leur contrôle gynécologique. Loin de penser que tou.te.s les gynécologues soient auteurices d'agressions et présentent des comportements contraires au code déontologique et aux réglementations médicales, la consultation gynécologique éveille des questionnements et une attention révélatrice d'une appréhension. À la suite de ces dénonciations, de nouveaux travaux tendent à questionner et dénaturer le suivi gynécologique et ses pratiques, permettant ainsi un positionnement critique sur une discipline fondée il y a plus de trois siècles. Des critiques avaient déjà émergé lors de la 2^{ème} vague féministe des années 1970, mettant en avant des revendications pour la réappropriation par les femmes de leur corps. C'est à cette période et au travers de ces revendications que les critiques féministes matérialistes acquièrent une place dans le débat public. Ceci permet d'inscrire des thématiques, qui jusqu'à lors étaient cloisonnées dans le domaine de la sphère privée, dans des champs reconnus et légitimes (politique, santé publique, organisations sociales). La politisation du cabinet gynécologique rappelle que ce champ de la médecine connaît un moment crucial et doit répondre à des critiques qui questionnent ses pratiques. Lucile Quéré (2016) souligne la difficulté de remettre en question la notion de

consentement dans le milieu médical. En effet, la relation médicale entre patients et médecins a longtemps été exclue des objets politiques, étant davantage reliée à un secteur privé. Cela a également été le cas avec les revendications féministes concernant l'avortement et la contraception, sujets jusqu'alors cantonnés à une « affaire de femmes ». Face aux dénonciations répandues de pratiques violentes et non-professionnelles en son sein, le suivi gynécologique est au cœur des débats politiques et sociaux. Plusieurs événements et revendications ont permis la large diffusion de ce sujet, notamment les dénonciations des violences au travers des réseaux sociaux, la remise en question de certaines pratiques (le point du mari, le toucher vaginal sous anesthésie pour les étudiant.e.s, la pratique d'intervention sans consentement des patientes). Sa politisation permet de rendre compte des rapports de pouvoir qui s'y jouent et offre un regard critique sur ce qu'un tel suivi implique dans la vie des femmes. La notion de consentement prend donc un nouveau sens dans une logique où ce qu'il se passe dans le cadre du cabinet gynécologique relève d'un enjeu public et structurel.

Néanmoins, ces questionnements théoriques ne sont pas représentatifs de la population globale, et pour une grande partie des femmes, la consultation gynécologique (examen physique, dépistage, prévention) reste la norme. Dans ce travail, il nous importe de questionner l'ambiguïté qu'un tel suivi peut représenter dans un contexte de libération de la parole, sur les risques que cela peut induire et sur la manière dont les femmes le vivent. En effet, au travers d'une forte médiatisation des violences gynécologiques et obstétricales ce sujet est connu par une large portion de la population (Quéré, 2019) mais comment ces femmes le vivent-elles ? Est-ce que cela a changé leur perception du suivi ? Comment cela impacte-t-il aussi les professionnel.le.s ? Est-ce que ce mouvement de libération de la parole influence les pratiques et les positionnements des gynécologues ? Dans cette logique, c'est tout le cadre de la consultation qui est remis en question et qui suscite une attention particulière. Les gestes médicaux, les discours tenus, l'attitude des professionnel.le.s sont passés à la loupe et révèlent une attention particulière sur cette discipline. Ce débat suscite également des questions sur une éventuelle transformation de la relation thérapeutique entre patient.e.s et médecins.

L'objectif de cette enquête exploratoire est de comprendre comment ces mouvements sociaux de dénonciations de violences gynécologiques et obstétricales travaillent les représentations mutuelles des patientes et des gynécologues, le cadre de pratique gynécologique et le lien de confiance inhérent à la relation médicale. En lien avec notre terrain, il est également important pour nous de questionner cette consultation spécifique sans pour autant faire de focus sur les violences. Le fait de ne pas enfermer notre recherche dans la recherche spécifique des VGO

nous permettra de pouvoir nous intéresser aux enjeux que ce débat implique dans des expériences ordinaires de soin. En nous appuyant sur les témoignages recueillis auprès de femmes, nous allons tenter d'appréhender l'ambivalence que peut représenter un suivi gynécologique en 2023. Il s'agira également d'intégrer la manière dont les patientes l'abordent et leurs réactions face à des violences éventuelles. Une importance particulière sera portée à leurs ressentis ainsi qu'à la définition qu'elles donnent d'un suivi adéquat, permettant dans un second temps de proposer des solutions pratiques pour un meilleur suivi gynécologique selon leurs attentes. Afin de mieux saisir ce que le contrôle gynécologique implique, nous allons également, tout au long de ce travail, nous référer aux propos recueillis auprès de deux gynécologues rencontré.e.s. Ce travail d'investigation autour des pratiques gynécologiques auprès des professionnel.le.s offre un regard sur les normes, les prescriptions ainsi que sur les contraintes structurelles et temporelles du cadre de la consultation gynécologique. Ces différents entretiens, quoiqu'en nombre restreint, constituent un corpus empirique tout de même riche qui nous permet de dégager des thématiques centrales du suivi en gynécologie. Un des éléments principaux de notre analyse portent sur les processus d'« entrée » et de « sortie » du suivi gynécologique. Ces deux moments soulèvent des enjeux spécifiques qui sont relatifs à l'introduction d'un traitement hormonal, l'injonctions de normes (esthétiques, sexuelles, médicales) et les effets d'âge sur le discours des professionnel.le.s. Le travail d'analyse de nos résultats se fera selon un effet miroir, en reprenant des éléments similaires à leurs discours et leurs expériences et qui permet une lecture facilitée entre les deux sous-groupes de femmes. Deux autres points sont communs aux deux groupes d'âge : le concept de responsabilisation sexuelle dans le processus de socialisation des femmes et la présence de violences et la manière dont cela est vécu et adressé ou non par les patientes.

La spécificité du contrôle gynécologique

La gynécologie : un champ médical particulier²

La gynécologie occupe une place spécifique dans le champ de la médecine étant l'expertise de la santé sexuelle et reproductrice des femmes uniquement : « *L'avènement de la gynécologie en tant que discipline scientifique au XIXe siècle et sa place actuelle parmi les spécialités médicales ne peuvent se comprendre hors de l'histoire de l'assujettissement des femmes et de leurs luttes d'émancipation. [...] Contrairement à d'autres spécialités*

² Guyard, L. (2010). Chez la gynécologue: Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines. *Ethnologie française*, 40, 67-74.

(ophtalmologie, cardiologie, odontologie...) qui circonscrivent leur champ de compétence et d'action, la gynécologie nourrit la prétention de détenir un savoir total sur « la femme » (Vuille, 2021, pp. 329-331). Historiquement, les accouchements et les soins de la femme enceinte ainsi que du nourrisson étaient une histoire de femmes (guérisseuses, accoucheuses, sage-femmes). Ce cercle de femmes permettait à celles-ci de former une collectivité exclusive basée sur la transmission de savoir-faire (Ehrenreich et English, 2015). Par la suite, ces savoir-faire ont été privatisés par les hommes blancs, construisant une discipline médicale experte et reconnue de la médecine du 17^{ème} siècle (Vuille, 2021). Cette spécialité médicale permet de comprendre, soigner mais également de contrôler la physiologie et l'anatomie sexuelle des femmes dans une logique tout d'abord reproductrice. Par l'invention d'outils, notamment le spéculum, et de nouvelles technologies, c'est un nouveau monde qui s'ouvre aux médecins et chirurgiens du 19^{ème} siècle qui peuvent dorénavant examiner le canal utérin de leurs patientes afin de comprendre de manière plus précise la complexité du système reproducteur féminin. Cependant, l'acquisition de nouvelles connaissances et de technologies toujours plus précises se sont faites par la conquête patriarcale du corps des femmes, comme cela est dénoncé par les militantes féministes Barbara Ehrenreich et Deirdre English (2015) : « *La médecine a hérité de la religion son rôle de défenseur de l'idéologie sexiste.* » (p.11). Les études sur la sexualité féminine sont fortement influencées par des théories morales et religieuses posant le socle d'une vision profondément inégalitaire entre corps féminins et masculins. En effet, les organes sexuels féminins restent longtemps méconnus et sont seulement décrits à l'aune de l'anatomie sexuelle masculine (Koedt, 2010). En co-occurrence à la construction de ce savoir partial entre hommes et femmes³, un discours dominant dans les sciences (médicale, psychologique, psychiatrique) se forme sur l'infériorité sexuelle des femmes, tant au niveau anatomique qu'au niveau du plaisir. Il semble important de souligner qu'avant la culture judéo-chrétienne, plusieurs cultures (chinoises, arabes) parlaient de la sexualité féminine et du plaisir de manière ouverte et positive. Puis, dès le 17^{ème} siècle, l'anatomie sexuelle et le plaisir féminin sont découpés, analysés et étudiés par de nombreux experts (Alexander Skene, Sigmund Freud, Alfred Kinsey, etc), et laissent place à de multiples théories souvent incomplètes et sexistes (Koedt, 2010). Les femmes ayant une sexualité épanouie ou, au contraire, n'éprouvant pas de plaisir sont stigmatisées et souvent diagnostiquées selon des troubles psychologiques ou psychiatriques, les plaçant dans une impossibilité sexuelle. Historiquement, par son processus de construction même, la gynécologie est donc

³ Ainsi qu'au sein de ces deux groupes dans lesquels existent aussi des inégalités basées sur la race et la classe.

initialement orientée vers le recensement et la compréhension de troubles sexuels, d'anomalies anatomiques et centrée sur son rôle reproductif (Guionnet et Neveu, 2021).

La gynécologie médicale, en tant que discipline à part entière, fait son apparition à la fin du 19^{ème} siècle et marque un nouveau tournant dans la gynécologie, soulignant une ambivalence de ce que représente ce champ de la médecine pour les femmes (Vuille, 2016). L'avènement de cette discipline spécifique permet d'ancrer de manière profonde et institutionnelle un modelage social du biologique. Au travers d'un savoir et d'une connaissance spécifique de l'anatomie et de la physiologie sexuelle féminine, la gynécologie médicale se place en experte de la santé génésique des femmes. Le contrôle gynécologique se fait instance de socialisation quant aux normes et à la bonne sexualité, permettant de rappeler aux femmes leur rôle dans une société fondamentalement inégalitaire. La socialisation spécifique retrouvée au sein de la consultation gynécologique permet de comprendre le concept proposé par Lucile Ruault (2015) sous le nom de « carrière gynécologique ». Dans son article, l'auteur introduit ce concept dans le cadre de son travail de mémoire en sociologie politique et elle en donne cette définition : « *la seule expérience du coït est censée lancer le parcours préventif d'une femme* » (p.40). Ainsi, elle décrit de manière conjointe le début du suivi gynécologique et la perte de la virginité dans un cadre conceptuel hétéronormé et pénétratif. Dans une approche anthropologique, cela correspond à une logique initiatique du contrôle gynécologique qui peut être apparentée à un rite de passage codifié, pour reprendre le concept issu de l'anthropologie sociale. Le rite de passage a été défini par A. Van Gennep (1909), comme « *moment marqué par une cérémonie et visant à un passé d'une situation déterminée à une autre situation déterminée* ». En effet, toutes les jeunes femmes ayant eu des rapports sexuels ou étant menstruées, se rendent chez le/la gynécologue. Ce fait social global souligne donc une attention particulière portée à la sexualité féminine dans une logique d'introduction à la normativité sexuelle chez les jeunes femmes. Ce rite d'entrée est davantage ancré dans la norme à partir du moment où les jeunes femmes sont encouragées à entrer dans un suivi gynécologique par leur mère. Cette logique de passation de mère à fille renforce l'importance de ce suivi spécifique et marque une nouvelle ère dans la vie des jeunes filles (Amsellem-Mainguy, 2011). Nous constatons que la consultation gynécologique, loin d'être un processus naturel, est la base d'une carrière spécifiquement féminine, dont les bases sont codées et renforcent des rapports de pouvoir préexistants.

L'organisation de la consultation représente également un enjeu clé dans la relation entre la patiente et le/la gynécologue (Guyard, 2002). L'asymétrie qui existe dans toute consultation

médicale est renforcée par le sujet central du rendez-vous gynécologique, l'intimité. La mention de l'intime ainsi que la gestion de la gêne dans le cadre du suivi gynécologique restent des enjeux difficiles, tant pour les professionnel.le.s que pour les patientes: « *Or, dans le cadre de la consultation gynécologique, du fait du caractère intime des parties du corps explorées et examinées, de la position corporelle requise pour l'examen gynécologique, l'interaction entre le médecin et la patiente est largement déterminée par la nécessaire neutralisation de sa dimension intime et potentiellement sexuelle.* » (Guyard, 2002, p.46). La mise à nue lors de l'examen physique reste une barrière difficile à surmonter et ce nœud montre l'asymétrie spécifique de cette consultation (Guyard, 2002 ; Amsellem-Mainguy, 2011). Plusieurs auteurices rappellent que la relation thérapeutique dans le cadre de la gynécologie est difficile à équilibrer (Guyard, 2002 ; Jaunait, 2007). Il s'agit donc de pouvoir déconstruire ce qui apparaît comme naturel en tentant de comprendre le déroulement du rendez-vous gynécologique. Aurore Koechlin (2022) soulève également ce point essentiel qu'est la sexualité dans le suivi gynécologique. L'autrice rappelle que malgré sa centralité apparente dans le suivi gynécologique, le sujet de l'intimité sexuelle n'est que rarement abordées par les professionnel.le.s lors des consultations : « *Comme nous l'avons vu précédemment, en consultation gynécologique, la sexualité n'est le plus souvent pas abordée directement par les professionnelles de santé. Quand elle l'est, c'est plutôt à l'initiative des patientes, et elle provoque alors des formes d'embarras.* » (Koechlin, 2022, p. 31).

Le rythme et la conception du rendez-vous suit un nombre précis de règles, permettant de réguler et de rendre banal un ensemble de pratiques codifiées (Guyard 2002). En scindant le contrôle en trois parties distinctes tant au niveau des interactions qu'au niveau spatial (anamnèse, déshabillage et contrôle, discussion et prescriptions), le suivi prend des airs d'automatisme, de comportements machinaux. Si les contrôles physiques représentent explicitement une gêne en devenant un marqueur du renforcement des inégalités entre les professionnel.le.s détenant un savoir expert et la patiente se retrouvant dans une attitude passive et nue ; le moment de la discussion peut également être une forme de rappel à l'ordre mêlant normes esthétique, sociale et sexuelle (Guyard, 2010). Le premier rendez-vous joue un rôle important dans la mise en place d'une relation de confiance et « *doit laisser bonne impression (écoute confiance).* » (Amsellem-Mainguy, 2011, p.80). Une bonne relation avec son/sa gynécologue semble donc être un prérequis pour un bon suivi gynécologique. La négociation du contrôle gynécologique et l'instauration d'un sentiment de confiance entre patientes et professionnel.le.s sont les enjeux du premier rendez-vous qui mèneront ensuite ces jeunes femmes à revenir de manière assidue aux consultations (Amsellem-Mainguy, 2011).

Comme nous l'avons vu, la particularité du suivi gynécologique tient à plusieurs points. Le fait que cette discipline soit exclusivement une affaire féminine tend à renforcer un discours et une conception spécialisée de la sexualité féminine. La vie des femmes est marquée par la ritualisation et la mise en évidence de l'importance de son appareil reproducteur dans une logique médicale.

Médicalisation : focus sur la prévention

La médicalisation est un concept issu de la sociologie de la santé permettant de mettre en lumière un phénomène de *déterminisme médical* (Ménoret, 2006). Ce concept désigne notamment la surinterprétation biomédicale d'états physiologiques naturels (grossesse, ménopause, menstruations) ainsi que de l'inscription du système de soins dans le domaine de la santé publique. Comme le décrit Marie Ménoret dans son ouvrage (2006), nous assistons à un changement de logique dans le champ de la médecine dès la moitié du 20^{ème} siècle, passant d'une pratique qui soigne les maux et les maladies à une conception préventive de la médecine. Cela se reflète notamment par la prise de la pilule contraceptive comme l'explique Claire Grino dans son article (2014) : « *En outre, il s'agissait dans l'histoire de la médecine du premier médicament prescrit à des personnes non malades.* » (p.2). La médicalisation sert également à standardiser les suivis et les offres de traitement. La standardisation des pratiques médicales introduit également un sentiment de légitimité et tend à faire évoluer positivement l'aspect économique de la discipline médicale. Deux visions théoriques de la médicalisation se côtoient dans la littérature qui y est consacrée : d'une part, ce phénomène est synonyme de progrès et de l'accroissement d'un savoir plurilatéral renforçant l'institutionnalisation de la médecine ; d'autre part, la médicalisation, du fait de son hétérogénéité (acteurs divers, intérêts multiples) peut créer des tensions et devenir instable (Bujon et Dourlens, 2012).

Avec une focale spécifique sur la prévention, l'idée de surveiller des individus en bonne santé prend une place croissante dans le champ médical dès les années 1980-1990. Cela se caractérise notamment par l'introduction de la santé publique qui redéfinit les contours de la prise en charge médicale de maladies (Armstrong, 1995). Par la mise en place d'une surveillance de la normalité, on observe également une émergence de la norme de bon développement ou de bonne santé à laquelle s'oppose l'anormalité et/ou la maladie du point de vue populationnel et non plus individuel. La surveillance implique alors un processus de conscientisation des risques par les individus ce qui tend à renforcer la prescription de normes médicales préventives dans la médecine moderne et fait émerger de nouvelles injonctions relatives à la gestion de sa santé (Ménoret, 2006).

La médicalisation occupe une place importante dans le suivi gynécologique. La fréquence du suivi médical implique de surveiller régulièrement le bon fonctionnement et la bonne évolution de la santé sexuelle des femmes. De façon générale, le suivi gynécologique sert donc de référence annuelle pour s'assurer que tout va bien. Néanmoins, la médicalisation des processus naturels féminins sous-entend une pathologisation de fonctionnements physiologiques. Le contrôle annuel sert souvent à motiver les patientes à revenir même en l'absence de problème, notamment par la nouvelle prescription de contraceptif : *« le corps des femmes ayant recours à une contraception moderne doit obéir à une logique médicalisée (suivi médical, surveillance – frottis, dépistage – cholestérol...) ». Cette extension officielle du champ d'intervention de la pratique médicale s'est inscrite dans la dynamique d'un plus grand pouvoir accordé aux professionnels (considérés comme experts et dont le pouvoir est reconnu) dans une société poussée par le progrès scientifique et technique. »* (Amsellem-Mainguy, 2011, p.85). Il en ressort qu'une nouvelle fois, dans l'histoire de la médecine, le corps des femmes est soumis à une attention médicale appuyée, légitimant le contrôle de leur vie reproductrice et de leur sexualité et répondant à des arguments visant à leur bonne santé, leur autonomie sexuelle ainsi qu'à des enjeux sociaux (le contrôle des naissances, la temporalité). Les normes et injonctions sociales qui s'imbriquent dans le suivi gynécologique inscrivent les femmes dans une surveillance institutionnalisée de leurs corps. Dans cette logique, les femmes, une fois entrées dans le suivi gynécologique, sont ensuite fortement encouragées à rester en contact étroit avec le domaine médical. Cela devient un aspect contraignant au moment où, pour celles qui tenteraient d'espacer les rendez-vous ou de ne plus s'y présenter, elles devront en payer le prix au travers de culpabilisation, de décrédibilisation et/ou de stigmatisation sociale (Déchalotte, 2010).

La modification profonde de la logique médicale au travers de son implication avec la santé publique, influe également sur la conception du lien entre professionnel.le.s de la santé et patient.e.s. Dans leur article sur l'évolution de la relation thérapeutique (2012), Boudier et al. constatent le passage des patient.e.s ignorants aux patient.e.s sachants. Cet article base sa réflexion sur des idéaux-types, permettant de décloisonner et de décortiquer la relation complexe entre patient.e.s et soignant.e.s, qui connaît une modification. Ce concept est également présent dans l'ouvrage publié préalablement par Elisabeth Noël-Hureau (2010) lors de son enquête ethnographique sur les patient.e.s atteint.e.s de maladie chronique. Cette analyse s'appuie notamment sur la loi française (Loi Kouchner) en vigueur depuis 2002 sur le droit des malades et la qualité du système de santé. Dans le contexte suisse, il n'existe pas de loi fédérale

concernant le droit des malades, c'est en effet aux cantons de réglementer ces droits. Néanmoins, il existe des lois qui imposent des droits : « *droit à un traitement médical conforme à l'état de la science, le droit à la protection de la dignité et de l'intégrité, le droit à l'information et au consentement (dont la possibilité, p. ex., de faire connaître sa volonté dans des directives anticipées) ainsi que le droit à la tenue d'un dossier médical, à sa consultation et à la protection des données du patient* »⁴. Ces droits soulignent donc plusieurs aspects, notamment l'obligation de transmission d'informations par les professionnel.le.s. Les transformations relatives à la structure et au fonctionnement de la patientèle relève une volonté d'émancipation et d'autonomisation des patient.e.s, remettant en question l'expertise des professionnel.le.s de la santé. Au travers de nouvelles plateformes informatives (sites internet dédiés aux savoirs médicaux, aux émissions télé et radios traitant de sujets sur la santé, etc.), les patient.e.s peuvent davantage s'informer et développer un savoir profane en-dehors du cabinet médical réduisant ainsi l'asymétrie de la relation thérapeutique. Le processus de recherche d'information se démocratise et fait partie intégrante de la consultation et des discussions qui s'y déroulent (Méadel et Akrich, 2010 ; Boudier et al., 2012). L'acquisition d'un savoir préalable à la consultation médicale tend à démystifier la médecine. En proposant une critique nuancée, les deux textes se questionnent sur l'hétérogénéité des informations trouvées sur ces différents canaux d'informations, et sur la manière dont cela impacte différemment les individus selon leur niveau d'enseignement (Méadel et Akrich, 2010). La mésinformation des patient.e.s relative à la recherche d'informations représente un enjeu contemporain de la consultation médicale qui doit être adressée par les professionnel.le.s au sein de leur consultation.

Dans une période où le suivi gynécologique doit faire face aux critiques, il est important de comprendre comment les transformations au sein du champ médical tend à faire évoluer la pratique gynécologique. Loin de représenter uniquement un *service* médical, les différentes questions soulevées par les auteurices inscrivent le suivi gynécologique dans des logiques sociales, économiques et politiques. Ceci permet de pouvoir rendre visible certaines pratiques naturalisées survenant dans le cadre de la consultation gynécologique. De plus, cela nous permet de questionner les impacts de la médicalisation dans une logique individuelle ainsi que la manière dont les femmes se l'approprient ou le rejettent.

⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/medizin-und-forschung/patientenrechte/patientenrechte-schweiz.html#:~:text=Comme%20l'indique%20le%20rapport,la%20protection%20de%20ses%20donn%C3%A9es.>

Les corps féminins : qu'en est-il en dehors de la maternité

La place des corps féminins dans le domaine de la santé reste largement étudiée dans son aspect procréatif (Membrado, 2006). Il a été démontré que les contributions scientifiques biomédicales sur les femmes dans le champ de la santé tendent à se restreindre à la maternité. Les apports des théories féministes matérialistes (Guyard, 2002, 2010 ; Lachowski, 2006 ; Vuille, 2010) permettent de mettre en avant un quadrillage normatif des pratiques sexuelles féminines. Dans son enquête de 2021, puis son article en 2022, Aurore Koechlin développe le concept de « norme gynécologique » qui permet de pouvoir penser le suivi en gynécologie médicale comme une manière de *façonner* et de *socialiser* de façon continue les femmes aux normes dominantes. Ce point central de son analyse révèle ainsi la spécificité du suivi gynécologique. Son enquête ethnographique porte sur quatre terrains distincts de différents statuts (cliniques privées et terrains hospitaliers). L'autrice base son analyse sur un corpus empirique important constitué d'entretiens ethnographiques approfondis auprès des professionnel.le.s rencontrés (~50) et auprès de patientes (~60). Elle s'appuie sur son enquête pour mettre en lumière les relations entre médecins et patientes et propose une analyse féministe critique de la consultation gynécologique. Plusieurs thématiques pertinentes y figurent permettant de questionner ce qui paraît immuable dans un système de santé ordonné et institutionnalisé. S'appuyant sur les travaux récents d'autres auteurices dans le domaine de la sociologie de la santé, elle prend néanmoins une autre direction et veut interroger « *le poids des logiques professionnelles* » (Koechlin, 2022, p.23). L'autrice révèle plusieurs formes de socialisation auxquelles les patientes doivent faire face durant les consultations. Dans la consultation gynécologique, la sexualité semble donc *reconfigurée* au travers des normes, notamment contraceptive et préventive. Suivant cette logique, la norme hétérosexuelle est d'ailleurs analysée en lien étroit avec la norme contraceptive qui protège la sexualité d'une grossesse non-désirée. L'apprentissage de la responsabilité et des normes de la bonne sexualité, oblige les jeunes femmes à intérioriser les discours composés d'injonctions sociales à leur égard et de se soumettre à une médication fréquente en dépit de maux ou de symptômes. Ces deux apports sur le champ de la gynécologie ont permis d'examiner la structure même de la médicalisation gynécologique et de pouvoir analyser, à l'aune de la domination institutionnelle, les relations entre patientes et gynécologues. L'autrice souligne également l'importance donnée par les professionnel.le.s aux normes de genre essentialisées, notamment lorsque le discours est tenu par des experts. Le fait que les professionnel.le.s reprennent des stéréotypes

de genre provenant du sens commun relatifs aux comportements sexuels renforce l'impact de ces discours sur les patientes.

En effet, plusieurs normes entrent en jeu dans le suivi gynécologique et sous-tendent les discours et les attentes de comportements sexuels « normaux ». Il apparaît que ces normes et injonctions sociales et médicales soient intimement liées les unes aux autres et se renforcent mutuellement dans la standardisation d'une bonne conduite sexuelle. Les diktats qui sont imposés aux femmes sur leur sexualité au sein du suivi gynécologique permet d'établir une sexualité « bonne » qui s'oppose à une sexualité « déviante » ou « mauvaise ». Par leurs discours, tant dans un registre médical, que d'un point de vue genré, les gynécologues renforcent une sexualité saine, protégée, contrôlée, ayant lieu dans un couple ou dans un cadre conjugal. À cette « bonne » sexualité, une sexualité libre, hors du cadre hétérosexuel, et composée de plusieurs partenaires apparaît comme négative et laisse place à des jugements et des rappels à l'ordre de la part des professionnel.le.s (Andro et al., 2010 ; Guyard, 2010 ; Déchalotte, 2017 ; Koechlin, 2022). La norme procréative présente dans le domaine de la santé va de pair avec une injonction à l'hétéronormativité qui implique à son tour une norme contraceptive visant au contrôle des naissances. La norme procréative englobe différents paramètres dans sa conception tels que la socialisation à une bonne sexualité dans un cadre conjugal hétéronormé (Koechlin, 2022), une phase contraceptive acceptée (Ruault, 2015), la responsabilisation des jeunes femmes quant à leur santé sexuelle (Ruault, 2015 ; Koechlin, 2022 ; Quéré, 2022) et à une intériorisation de l'accomplissement de la féminité dans la maternité (Déchalotte, 2017). Ces différentes injonctions sont présentes dans le discours des professionnel.le.s de la santé, notamment lors de la consultation en gynécologie. Il apparaît logique que, suivant cette réflexion, la norme contraceptive entre en jeu assez rapidement lors du contrôle gynécologique. L'accès à la contraception pour les femmes a joué un rôle important lors des luttes et des revendications de la deuxième vague féministe des années 1970. L'acquisition de ces droits (contraception, avortement) offre aux femmes de disposer librement de leurs corps et de pouvoir jouir d'une totale liberté de décision quant à la question procréative. L'ambivalence autour de la contraception représente un des nœuds du suivi en gynécologie et pointe précisément la complexité d'un tel suivi. D'un point de vue intersectionnel, plusieurs auteurices ont montré que la démocratisation de moyens contraceptifs a également eu des effets pervers sur l'accès et la stigmatisation de certaines classes sociales à la contraception (Paris, 2020). Dans son article Myriam Paris compare les politiques publiques concernant les contraceptions entre la métropole et les pays d'outre-mer durant les années 1960-1970. Ce

travail offre un regard critique sur les politiques antinatalistes survenant notamment à la Réunion contre des politiques pronatalistes survenant en France auprès d'une population bourgeoise. Son travail souligne ainsi les inégalités de traitement en termes de classes et de races.

L'injonction à la norme procréative dans le discours des professionnel.le.s, implique également un désintérêt des autres aspects en lien avec la sexualité, notamment les éléments relatifs à l'épanouissement sexuel en dehors de cette norme : « *Elle (la médicalisation de la sexualité féminine) ne prend pas en considération la dimension du plaisir ni ne vise à intensifier le plaisir mais contribue à construire cette sexualité comme une zone de fragilité et particulièrement problématique aux deux pôles de la physiologie féminine, la jeunesse et la vieillesse dont la sexualité n'est pas encore socialement ou plus biologiquement reproductive.* » (Guyard, 2010, p.50). Le plaisir féminin est effectivement relativement absent du suivi gynécologique. Le fait de rendre tabou l'épanouissement sexuel féminin paraît étonnant dans un cadre où son sujet même est largement discuté lors de la consultation. Le focus sur les aspects anatomique, fonctionnel, problématique ou pathologique de la sexualité renvoie au discours normatif des pratiques sexuelles féminines. La socialisation genrée qui entoure ces normes rend parfois difficile la remise en question de tels discours par les femmes, qui au fil des années, ont intériorisé ces diktats sociaux.

L'article de Lucile Ruault (2015) issu de son mémoire de Master en sociologie politique, permet d'articuler les effets d'âge et de sexe dans la sexua(lisa)tion des corps féminins. Les effets d'âge dans le suivi gynécologique semblent importants en suivant la logique normative du rythme biologique dans les discours des professionnel.l.e.s. Cet article se base sur une enquête effectuée en 2011 en France, qui réunit des observations de terrain durant 10 semaines au sein de centres hospitaliers universitaires et d'entretiens auprès de 13 praticien.ne.s en gynécologie. Le double effet de l'âge et du sexe en gynécologie induit un contrôle accru des changements physiologiques tout au long de la vie des femmes, et permet soit, de singulariser les classes d'âges, ou d'unifier la sexualisation des corps et les trajectoires. Cette contradiction est centrale dans la compréhension plus globale de la place des femmes dans le domaine de la santé. Son travail d'analyse regroupe donc empirisme et mobilisations théoriques, prenant ainsi un ancrage dans les travaux constructivistes en sociologie de genre, de la santé et de la technique. Dans l'analyse de ses résultats, l'autrice identifie les moments qui rythment la vie des femmes dans un cadre gynécologique. Au travers de cette taxonomie, elle rappelle que le suivi gynécologique, par sa spécialisation, tend à perpétuer et à renforcer les inégalités sexuées dans

le champ médical, ce qui « *alimente un cadre de pensée patriarcal* ». L'auteur introduit différentes phases dans le suivi gynécologique, permettant de classer les consultantes et de rappeler que leur santé sexuelle est prise en charge à l'aune d'une logique reproductive. Elle introduit le concept « *d'entrée dans la carrière gynécologique* » au moment du premier coït. Ainsi, la vie sexuelle des femmes est marquée de moments rituels, quasi initiatiques, relatif à leurs premières règles, le premier coït, ou enfin, la ménopause. La carrière gynécologique apparaît en co-occurrence avec la première relation hétérosexuelle, sacralisant ainsi l'aspect pénétratif de la sexualité. Par l'initiation commune à ces différents moments de la vie sexuelle des femmes, l'auteur pointe le corps réglé comme élément participant à l'unification des femmes et construisant ainsi un outil de *modélisation* de la santé féminine et de traitements relatifs à celle-ci. Le premier coït comme marquage de l'entrée dans la carrière gynécologique sous-tend également un discours hétéronormé. La phase suivante qui est décrite par l'auteur est relative à l'activité génitale, période où le focus est centré sur la maternité potentielle. Ceci renforce la vision essentialiste et fonctionnaliste de la sexualité féminine et rappelle *la culture médicale orthodoxe* où l'aboutissement de la féminité est l'enfantement. Ce cadre de pensée patriarcal induit également des formes de rappel à l'ordre de la part des praticien.ne.s, qui jugent les femmes ne voulant ou n'ayant pas d'enfants vers l'âge de 30 ans d'avoir une sexualité déviante. Enfin, l'auteur décrit la dernière phase, caractéristique de l'entrée en ménopause, qui est également pensée à l'aune de la reproduction et qui correspond à l'arrêt de la fécondité. La ménopause est donc lue et décrite par les professionnel.le.s comme période de perte de la féminité et comme déclin du corps procréateur. Selon cette logique, l'image de la femme entrant dans la dernière phase, représente un sentiment négatif qui doit être comblé pour correspondre à l'idéal-type de la femme. Cette vision défailante et lacunaire des femmes d'âges mûrs révèle l'importance donnée à la période de la maternité dans le suivi gynécologique. Dans cet article, l'auteur nous montre ainsi que le suivi gynécologique participe et entretient un cadre de pratique inégalitaires, socialisant les femmes à une bonne sexualité et à un rythme biomédicalisé de leur reproductivité. En cela, la gynécologie représente une structure oppressive. Le travail de Lucile Ruault apporte une vision spécifique sur les effets de l'âge dans le suivi gynécologique, qui nous a permis de pouvoir trouver des résonances dans notre propre recherche et de pousser notre réflexion. Néanmoins, l'auteur a choisi de porter son travail empirique uniquement sur les praticien.n.e.s, ce qui fait que son enquête reste unilatérale, et ne prend pas en considération les ressentis et les impacts d'un tel suivi sur les femmes et leurs corps. Il est très important de comprendre comment le cadre institutionnel fonctionne, organise

et légitime une certaine idéologie, et il aurait été intéressant de pouvoir continuer ce travail en questionnant les impacts et l'influence de ce cadre de pratiques sur les consultantes.

Problématique

Pour faire suite à notre réflexion initiale dans un contexte de dénonciations des certaines pratiques violentes et contraires au respect des patient.e.s, il nous importe de pouvoir comprendre ce que représente le suivi gynécologique pour les patientes elles-mêmes et quels sont leurs ressentis. La co-occurrence d'un suivi spécifique à la sexualité féminine et de la reproduction de discours normatifs soulève une attention particulière à cette discipline qui se veut l'allié des femmes. La littérature existante nous a apporté un cadre de réflexion très riche. Le sujet du suivi gynécologique est vaste et soulève différents questionnements : sa temporalité, son organisation spatiale, la banalisation des gestes médicaux, les âges, la médicalisation. Les travaux issus de la perspective féministe constructiviste ont pu mettre en avant le caractère institutionnalisé du suivi médical en gynécologie (Membrado, 2006 ; Guyard, 2010 ; Ruault, 2015 ; Quéré 2019). Ceci a permis de rendre compte notamment d'un processus de façonnage de la sexualité féminine au travers des discours et des pratiques renforcées par les professionnel.le.s. Dans cette logique, les auteurices dénoncent un apprentissage des corps normés et l'intériorisation d'un rythme social organisé autour de la maternité. Des travaux offrent une vision davantage historique et permettent de tracer les contours d'une critique matérialiste des fondements de la médecine moderne. Les autrices Barbara Ehrenreich et Deirdre English (2014 ; 2015) proposent une lecture rétrospective du métier de gynécologue, puisant dans des savoirs ancestraux féminins. Malgré la littérature abondante sur le champ de la gynécologie, l'expérience et les ressentis des patientes face à cette discipline ont été moins investigués.

Notre réflexion, nourrie par ces différentes lectures, nous porte à nous questionner sur la manière dont, aujourd'hui encore, nous nous trouvons dans une période précaire pour la santé des femmes et leurs droits. Face à un apport très important autour des questions en lien avec la maternité, il nous semble important de visibiliser deux groupes d'âges particuliers qui occupent une place en marge des débats entourant le suivi gynécologique. L'entrée dans le suivi gynécologique est discutée dans une logique de façonnage des jeunes patientes, mais leurs expériences restent relativement absentes. L'autre focus qui nous intéresse particulièrement est celui des femmes qui entrent dans la ménopause. Ce sujet est étudié mais reste néanmoins restreint sur l'aspect hormonal (déficit, substitution, troubles). Dans ce travail, nous traiterons donc de la manière dont le suivi est abordé et négocié au moment de l'entrée dans le suivi

gynécologique ; et au moment de ce qui est décrit comme le « deuil de la féminité » (Delanoé, 2001), soit la période de la ménopause où interviennent des questions sociales liées au vieillissement des corps féminins et aux risques de santé spécifiques à ces âges (Delanoé, 2001 ; Ruault, 2015). Il est primordial pour nous de pouvoir laisser un espace important à leurs récits, leurs expériences, leurs ressentis et leurs interprétations. Quelle place est accordée aux ressentis des femmes dans le suivi ? Quelles sont les thématiques abordées quelles sont les normes médicales et sociales imposées à ces deux moments distincts ? Comment les femmes perçoivent le suivi proposé en gynécologie ; est-il adéquat par rapport à leurs attentes ? Pour de tenter de répondre à ces questions, nous proposons un travail prenant comme base empirique les récits d'expériences de dix femmes interviewées afin d'analyser la manière dont le suivi et les normes sont perçues, appréhendées et vécues par les principales intéressées du suivi gynécologique. Il nous importe de leur donner l'opportunité de faire entendre leur voix, au-delà des dénonciations des violences gynécologiques et obstétricales (sans pour autant les négliger) et de pouvoir comprendre les représentations et expériences personnelles et ordinaires de ces femmes.

Notre travail s'inscrit dans une réflexion féministe critique de la consultation gynécologique et dans une approche phénoménologique du suivi des patientes. L'approche phénoménologique a pour but de donner de valeur aux récits qui nous sont rapportés en tant que chercheur. L'écoute est la clé d'une telle approche : *L'examen phénoménologique des données, c'est l'écoute initiale attentive des témoignages pour ce qu'ils ont à nous apprendre, avant que nous soyons tentés de les « faire parler ».* [...] *Ceci signifie qu'il importe non seulement d'écouter l'autre, mais aussi de lui accorder son crédit, c'est-à-dire d'accorder de la valeur à son expérience.* » (Paillé et Muchielli, 2021, p. 185). Le rôle du/de la chercheu.r.se apparaît comme secondaire dans ce processus, demandant un réel travail de reconstruction des représentations de la personne interviewée pour arriver à une compréhension globale du monde collectif (Paillé et Muchielli, 2021). Cette méthode d'enquête semble être la plus adéquate suivant la logique de ce travail qui repose sur la centralité de l'expériences des patientes. Pour ce faire, nous allons nous pencher sur différentes thématiques abordées lors d'entretiens qualitatifs afin d'analyser les interactions, les attentes et les discours propres à cette relation thérapeutique. Nous proposerons une analyse comparative en effet miroir entre les deux classes d'âges ce qui nous permettra d'établir différents points de tensions spécifiques aux différents suivis et de faire émerger des ressentis qui s'avèrent similaires. Enfin, il importera de contextualiser les enjeux d'un suivi aussi spécifique dans une réflexion au prisme des inégalités de genre au sein de la sociologie de la santé.

Cadre théorique

La revue de la littérature concernant notre sujet est assez large et offre un regard critique sur les processus de conception des champs de la médecine, les rapports de pouvoir inhérents à la relation médicale ainsi que sur les critiques publiques récentes à propos des violences gynécologiques et obstétricales (VGO). Au travers de différents moments et textes qui fondent ces études critiques, nous allons pouvoir interroger que ce qui paraît immuable ne l'est pas, mais constitue au contraire le socle des inégalités dans le champ médical ainsi que l'imposition de normes sociales au travers du suivi gynécologique. Différentes thématiques sont abordées au sein de cette littérature, notamment la négociation de la relation thérapeutique, les droits des patientes, les VGO, la place des femmes dans ce champ particulier ainsi que les idéologies qui traversent la gynécologie médicale. L'abondance des approches critiques permet de comprendre que ces problématiques sont encore vives et bien présentes dans l'opinion publique et soulèvent des débats sur des notions centrales telles que les droits des patient.e.s ainsi que la place des femmes dans le champ médical.

L'approche critique des sciences (*Sciences Studies*) dans le champ de la sociologie permet de dénaturer ce qui a longtemps été pensé et présenté comme une discipline devant être objective et neutre dans sa construction et ses avancées (Pestre, 2006). Ce faisant, il a été possible de contester le processus de construction de cette discipline en intégrant les contextes sociaux et économiques dans lesquels elle a émergé. Les sciences naturelles représentent une institution humaine fondées sur les agissements des individus entre eux et sur la connaissance de leur environnement et fonctionnement. Les sciences peuvent donc être comprises comme un système institutionnel au sein et sous l'égide duquel des savoirs et savoir-faire sont pratiqués. L'ensemble de ces pratiques peut donc être analysé ou étudié dans un cadre critique afin de visibiliser et de comprendre les idéologies, les rapports et les articulations entre les différents protagonistes. L'étude critique de cet objet encourage différents champs à se questionner et à désessentialiser les processus de production des connaissances et des pratiques qui s'y déroulent.

La sociologie de la santé est une branche spécifique qui permet de comprendre et d'interroger les articulations entre société et domaine de la santé. En effet, les aspects de la santé ont longtemps été cantonnés à leurs causes biologiques et organiques, et ce n'est que récemment que celle-ci est pensée au travers de son aspect social et collectif (Carricaburu et Ménoret, 2004). Cette branche nous intéresse particulièrement dans notre sujet, car elle apporte un regard critique sur l'institution médicale en proposant une recontextualisation des pratiques appliquées

dans ce domaine précis à l'aune d'une analyse en termes de genre. En effet, le champ médical est traversé par des questions relatives aux contextes social, économique et politique dans lesquels ceux-ci se trouvent. Dans une approche critique historique, les autrices Deirdre English & Barbara Erhenreich proposent un retour sur le processus de construction des connaissances dans la médecine. Cette historicisation des savoirs et pratiques médicales met en lumière la manière dont des savoirs et savoir-faire féminins ont été invisibilisés, puis appropriés par la médecine moderne du 19^{ème}. La médecine a longtemps été l'affaire des hommes, excluant ainsi les femmes de cette pratique et de ses recherches. Dans une approche féministe et militante, les deux autrices rappellent particulièrement la période de chasse aux sorcières des 16^{ème} et 17^{ème} comme processus d'exclusion des femmes de cette discipline. Ces apports théoriques critiques envisagent le champ de la médecine comme étant une structure profondément marquée par les inégalités de genre et s'étant construite en reniant et en dépossédant les femmes de leur savoir et savoir-faire propre.

Dans une approche militante et dans le but de dénoncer et de donner aux femmes la possibilité de se réapproprier leurs corps, le mouvement *self-help* naît aux Etats-Unis dans les années 1970. Le Collectif de Boston pour la santé des femmes fait paraître en 1971 le manuel féministe « *Our bodies, ourselves* » qui conteste l'appropriation des savoirs sur les corps par les médecins. Ce mouvement militant pour la santé des femmes propose une éducation, une transmission des expériences ainsi qu'un savoir-pratique aux femmes (Ruault, 2016). Le mouvement féministe *self-help* ne s'arrête pas à la publication de ce manuel, mais organise également des cours d'auto-examen à l'aide d'un miroir, d'un spéculum et d'une lampe de poche pour que les femmes puissent observer leur anatomie et en comprendre la physiologie (Nissim, 2014). Le partage et la transmission des connaissances sur leurs corps permettent ainsi une émancipation pour les femmes du champ médical. Le mouvement *self-help* s'étend au-delà des frontières américaines. Ainsi des enseignements sont proposés en France et on retrouve également des influences en Suisse avec le Dispensaire des Femmes de 1978 à 1987 à Genève (Fussinger et al., 2006). Cette contestation proactive du monopole du savoir par les médecins, provoque des avancées quant aux droits des femmes pour la libre disposition de leurs corps. En France aussi, le MLAC (Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception) lutte pour la santé des femmes et pratiquent des avortements clandestins pour les femmes par des femmes selon la méthode Karman (Ruault, 2016). Ce mouvement des années 1970 a été repris dans la littérature critique permettant de rappeler que ces droits qui ont été acquis au travers de luttes

féministes, restent menacés et connaissent aujourd'hui un écho dans le courant théorique féministe critique.

Plusieurs auteures ont proposé une lecture critique dans une perspective politique, rappelant que les corps féminins dans la médecine restent largement marginalisés. Ainsi, Monique Membrado (2006), Marie Ménoret (2006) et Marilène Vuille (2006) examinent, à l'aune d'une perspective genrée, comment les femmes sont envisagées et traitées dans le champ médical. Ces travaux critiques nous permettent de recontextualiser les implications politiques des inégalités de traitement que les populations fragilisées connaissent et doivent affronter. La médecine, pourtant cadrée par des règlements et des codes déontologiques rappelant le droit d'accès aux soins, tend à renforcer les inégalités de classe, de genre et de race dans un cadre institutionnel. Ces apports théoriques permettent aussi de rappeler que le système de santé reste traversé par des enjeux politiques, économiques qui influencent les échanges et les rapports des protagonistes.

Depuis plus de 10 ans, le champ de la santé, et plus spécifiquement le domaine gynécologique et obstétrical, fait l'objet de dénonciations de violences et d'abus de la part des professionnel.le.s. Dans une perspective féministe, différents hashtags ont vu le jour sur les réseaux sociaux, permettant une libération de la parole large et mondiale. Par le biais de réseaux de diffusion utilisés (Twitter, Instagram), les hashtags #PaieTonUtérus ou #MeToo ont favorisé la dénonciation de violences sexuelles dans différentes institutions, y compris médicales. En 2014, la création du site Gyn&Co en France, invite les femmes à partager leurs mauvaises expériences, permettant ainsi la libération de la parole, mais également la visibilisation des expériences traumatiques endurées dans le cadre d'un suivi gynécologique. Le fait que des sites tels que Gyn&co apparaissent, donne également aux femmes un outil pour lutter contre ce problème en ayant un pouvoir d'action sur la pratique de certains professionnel.le.s. En effet, que ce soit en France, en Suisse, aux États-Unis ou encore en Amérique du Sud, les voix de femmes s'élèvent et se dressent contre les traumatismes et violences subies dans le cadre de suivis gynécologiques ou obstétricaux. Plus qu'une libération de la parole, ces réactions et dénonciation exigent des changements légaux et l'évolution de l'institution médicale. Cela fait émerger des pratiques militantes pour la création de sites de recensement de « bons » professionnel.le.s, offrant aux femmes la possibilité de se prémunir contre d'éventuelles violences sexuelles et médicales propres à ce cadre. Ces thématiques de violences dans le cadre d'un suivi en gynécologie sont largement discutées dans les approches féministes critiques. Par exemple, les textes de Arachu Castro & Virginia Savage (2019), Mathieu Azcué & Laurence

Tain (2021) et Rachelle Chadwick (2021), soulignent notamment l'importance de pouvoir nommer et conceptualiser ces formes de violences spécifiques sexistes qui s'inscrivent dans le continuum des violences faites aux femmes. Ces apports permettent de poser un cadre et de prendre conscience que, loin d'être un problème individuel, ces violences sont systémiques et relèvent d'une mobilisation globale des systèmes de santé, des politiques et des législations. Ce cadre théorique met également en avant une perspective intersectionnelle⁵, posant les questions de race qui sous-tendent l'expérience de violences médicales par des populations déjà, socialement et économiquement fragilisées (Castro et Savage, 2019 ; Chadwick, 2021). De plus, ces points de vue, qui sont fréquemment délégitimés, offrent également une vision plus spécifique des inégalités qui se jouent au sein même du « groupe » des femmes et visibilisent la spécificité des partialités raciales dans le domaine de la santé.

L'apport de ces textes permet de rendre compte du nombre de questionnements qui traversent le domaine médical. Cela souligne une logique de revendications et de remise en question du système médical, et plus particulièrement gynécologique, en place. Néanmoins, ces différents textes abordent davantage ces thématiques sous l'angle de critiques des professionnel.le.s et institutions médicales. Il semble en effet, qu'il y a un manque quant à une approche plus proche des ressentis et des expériences des femmes concernées. Nous pouvons par exemple nous questionner sur les besoins des femmes en termes de gynécologie médicale ? Est-ce que le suivi tel qu'il est actuellement proposé est encore adéquat ? Est-ce qu'il existe une forme de résistance de la part de patientes ? Comment est-ce que les femmes réagissent face aux limites du suivi gynécologique ? Comment inscrire la pratique gynécologique dans une approche plus féministe afin que cette discipline serve enfin à la population qu'elle traite.

Contextualisation du système de santé suisse

La plupart des travaux théoriques décrits précédemment se cantonnent à une critique du système de santé français. Afin d'amener une compréhension plus complète de notre recherche, nous allons tout d'abord nous intéresser brièvement au fonctionnement du système de santé en Suisse, lieu de notre recherche exploratoire. Différents niveaux organisationnels entrent en jeu pour ce qui est des suivis médicaux. Parmi les différentes instances, il y a des lois, des codes déontologiques, des couvertures de prestations au niveau des assurances et également des

⁵ Terme sociologique introduit par Kimberlé Crenshaw (1989), permettant de prendre en considération l'accumulation de caractéristiques sociales de genre, de classe et de race amenant à une discrimination spécifique.

*guidelines*⁶ professionnelles. Il est important de souligner que ces prescriptions, lois ou règlements ne proviennent pas du même niveau, et que certaines sont cantonales, alors que d'autres sont fédérales. Ceci explique notamment les variations intercantionales qui peuvent exister ainsi que des positionnements professionnels parfois variables. Nous allons donc introduire, de manière non-exhaustive, certaines de ces instances qui nous permettront, par la suite, une lecture facilitée de nos résultats de recherche.

La Société Suisse de gynécologie se définit comme une « société médicale posant les bases d'une gynécologie et obstétrique médicale, éthique et scientifique et qui propose des *guidelines* sur les différentes pratiques gynécologiques »⁷. Les protocoles rappellent notamment le devoir professionnel, le modèle des pratiques médicales de prévention, de contrôle et de suivis, le lien thérapeutique etc. Ces lignes directrices posent une référence pour les professionnel.le.s tant au niveau du comportement professionnel que des pratiques médicales. Le code déontologique⁸ y est également présent et rappelle aux professionnel.le.s les points essentiels d'un bon suivi et d'une relation de confiance avec leurs patient.e.s. Certains des éléments présents trouvent un écho particulier dans notre sujet de recherche. En effet, les articles du Code Déontologique rappelle une prise en charge égalitaire des patient.e.s qu'importe leur sexe, origine ou classe et également la garantie du respect de la dignité humaine. Il est également stipulé que toutes les informations doivent être transmises, permettant aux patient.e.s de pouvoir arriver à un choix éclairé concernant un éventuel traitement : « *Le médecin fournit au patient une information compréhensible sur les investigations diagnostiques et les mesures thérapeutiques envisagées, les résultats d'examens, le pronostic et les risques, ainsi que sur les autres possibilités de traitement.* » (Art.10 – Devoir d'information). Il est également souligné, que dans le cadre d'une bonne pratique, le/la professionnel.le doit pouvoir reconnaître ses propres limites et être capable de référer les patient.e.s en cas de besoin. Le rappel de ces principes sous forme de code de conduite, nous apporte une compréhension factuelle de la manière dont devrait se dérouler un suivi médical.

Toujours dans une idée de cadre et de conformisation des pratiques gynécologiques, nous retrouvons aussi les prescriptions universitaires, qui varient de manière cantonale, mais qui servent de normes quant à la fréquence des suivis ou des tests à effectuer. En effet, sur les sites

⁶⁶ Terme utilisé dans sa forme anglophone dans les documents et règlements médicaux. Nous avons donc choisi de ne pas le modifier.

⁷ <https://www.sggg.ch/fr>

⁸ <https://www.fmh.ch/files/pdf7/code-de-deontologie-fmh.pdf>

des HUG⁹ ou du CHUV¹⁰, nous retrouvons facilement les différents services ainsi que des conseils pour savoir quand, où et pourquoi consulter. Sur le site du HUG, il est mentionné que le début du suivi en gynécologie devrait se faire lors du premier rapport sexuel, puis une fois par an ou selon les symptômes. Sur le site du CHUV il est plus difficile de trouver ces informations, nous pouvons toutefois voir qu'il y a une emphase sur l'aspect psychosocial du suivi gynécologique. Sur le site de l'hôpital du Valais¹¹, le contenu est davantage dirigé pour les grossesses et l'accompagnement à la naissance que sur le suivi gynécologique. Ces informations nous renseignent sur les types de public rencontrés et sur les variations cantonales de prise en charges de patient.e.s en gynécologie. Il y a également des variations entre les consultations en milieu hospitalier (HUG, CHUV, HVS) et le milieu privé en cabinet. Selon l'OFS, 58.6 % des consultations gynécologiques se font dans le cadre d'une cabinet ambulatoire¹². La pratique en cabinet se différencie de la pratique en milieu institutionnel par son caractère régulier et stable de la relation entre les patientes et leurs gynécologues. En effet, on retrouve une forme de loyauté entre les deux protagonistes qui est plus difficile à trouver en milieu hospitalier selon une logique de tournus des professionnel.le.s (Guyard, 2002). Les femmes fréquentant des cabinets privés ont donc tendance à s'inscrire dans une relation plus « durable » avec leur gynécologue, permettant même parfois d'arriver une forme de passation, dans le cas où leurs filles débutent un suivi gynécologique (Guyard, 2010).

Dans le système de santé, il est également important de rappeler l'implication avec les systèmes d'assurances. En Suisse, l'AOS (Assurance obligatoire des soins), présente un catalogue concernant la prise en charge ou non des prestations médicales¹³ ainsi que les conditions de remboursement, sur lequel on retrouve notamment les prestations de dépistages de cancer du sein et de l'utérus en ces termes : « *Les deux premiers examens, y compris les prélèvements de dépistage cytologiques sont réalisés annuellement puis tous les trois ans. Ce schéma est valable en cas de résultats normaux. Sinon, la fréquence des examens dépend de l'évaluation clinique. La mise en évidence du papillomavirus humain lors du frottis est exclue de la prise en charge des coûts.* » et « *Dès l'âge de 50 ans, tous les deux ans. Dans le cadre d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein qui remplit les conditions fixées par l'ordonnance du 23 juin 1999 sur la garantie de la qualité des programmes de dépistage du cancer du sein par*

⁹ <https://www.hug.ch/gynecologie/controle-gynecologique>

¹⁰ <https://www.chuv.ch/fr/dfme/dfme-home/femme-mere/consultations>

¹¹ <https://www.hopitalduvalais.ch/disciplines-medicales/disciplines-de-a-a-z/gynecologie-obstetrique>

¹² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/cabinets-medicaux.html>

¹³ https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/fr#tit_1/chap_1/sec_1

mammographie » (Art. 12E n° 146-147). Ces variations de prise en charge des coûts, soulèvent la question de l'aspect économique du suivi gynécologique. Dans cette même logique, nous pouvons également rappeler que dans le cas de renouvellement des prescriptions de contraceptions hormonales, l'ordonnance doit être renouvelée par le gynécologue ou le médecin traitant chaque année. Le renouvellement de la prescription est souvent pris comme une excuse par les professionnel.le.s pour encourage les patientes à revenir en consultation (Ruault, 2015). Pourtant cela va à l'encontre des prescriptions universitaires en termes de fréquence de suivi impliquant également des répercussions sur le système de remboursement des assurances-maladies.

Méthodologie

Sélection et prise de contact

Pour notre travail de recherche portant sur le ressenti et l'expérience des femmes quant à leur suivi gynécologique, nous avons décidé de nous concentrer sur deux classes d'âges spécifiques, représentant deux moments clés du suivi en gynécologie. En premier lieu, l'entrée dans le suivi gynécologique représente le début de la médicalisation de la sexualité féminine et l'initiation d'un parcours médical renforcé. Puis, l'entrée dans la ménopause marquant la fin du cycle et l'apparition de nouveaux troubles éventuels conséquemment à la baisse de production physiologique des hormones sexuelles. Afin d'avoir accès au cœur de leurs représentations et de leurs ressentis, nous avons décidé d'effectuer des entretiens qualitatifs de type « récit de vie ». Cette méthode d'enquête en sociologie est définie comme telle par Wacheux (1996) : « *Une analyse d'un récit par un acteur sur des évènements qu'il a vécus. Le discours est provoqué par le chercheur. L'acteur reste libre de la formulation des faits et des interprétations qu'il en donne.* » (p.162). Cette méthode permet notamment au/à la sociologue de pouvoir atteindre, au travers de l'entretien, les représentations que les individus interviewés se font de leurs actions, de leur environnement et des évènements qui se déroulent dans leur vie quotidienne. Etant donné que l'objectif de cette recherche exploratoire est de pouvoir donner la possibilité aux femmes de témoigner de leurs expériences, le récit de vie s'avère être la meilleure approche pour recueillir leurs témoignages.

En raison de la portée exploratoire de notre recherche dans le cadre d'un travail de Master en études genre, les entretiens ont été effectués auprès de dix femmes séparées en deux sous-groupes : le premier est formé de femmes âgées de 18 à 25 ans, représentant le début du suivi en gynécologie ; le deuxième sous-groupe de femmes âgées de 50 ans à 75 ans, moment de la

ménopause. Le choix de ces deux classes d'âges s'est fait suite au constat du manque de spécificité concernant les expériences des femmes de leur suivi gynécologique. Cela nous permet également de pouvoir analyser des besoins spécifiques sans pour autant nous concentrer sur les sujets sur la maternité et les accouchements. Par ce travail de recherche, il nous importait de poser la focale aux deux bouts du continuum du suivi gynécologique, sans se concentrer sur la période périnatale. Ce qu'il nous importe de pouvoir investiguer repose sur ce que les femmes cherchent dans la consultation gynécologique et si ce qu'elles y trouvent correspond à leurs attentes. Comment les femmes qualifient leur suivi et quels sont leurs ressentis face à la spécificité d'un tel suivi sur leurs corps. Par l'approche récit de vie, ce sont davantage leurs perceptions qui guident l'entretien, nous permettant de nous rapprocher de leur réflexion et conception.

Afin de rentrer en contact avec ces dix femmes, nous sommes passé par le biais des réseaux sociaux, notamment Instagram, Facebook et Whatsapp, ce qui nous a permis de pouvoir toucher des publics différents en termes d'âge et de classes sociales. Nous avons pu compter sur un effet « boule de neige » ce qui nous a permis d'atteindre le nombre d'entretien attendu. Pour ce faire, nous avons lancé un appel en précisant les âges recherchés, ainsi que la thématique qui allait être abordée lors des entretiens, c'est-à-dire le suivi en gynécologie. La construction des sous-groupes s'est ensuite effectuée par rapport à la disponibilité des personnes ainsi qu'aux limites d'âges. Il importe de préciser que notre recherche a été effectuée en Valais, en raison d'une facilité d'accès en lien avec notre lieu de domicile. Néanmoins, le contexte géographique peut exercer des influences sur notre recherche étant donné les implications politiques et sociales relativement conservatrices ainsi que des imprégnations catholiques pouvant influencer les mentalités, les positions professionnelles ainsi que les questions relatives à la santé sexuelle.

Nous avons également effectué deux entretiens auprès de gynécologues afin de pouvoir comprendre leurs pratiques et d'avoir un regard professionnel sur le suivi qui est proposé pour ces deux classes d'âge. Pour le choix des gynécologues, il nous a paru important de varier les profils tant au niveau des sexes, de l'âge et que du lieu de pratique. En effet, le suivi en cabinet représente une catégorie spécifique du suivi et soulève davantage de contraintes tant temporelles que spatiales pour les gynécologues et pour les patientes (Amsellem-Mainguy, 2011 ; Ruault, 2015 ; Quéré, 2019). Néanmoins, étant donné la portée exploratoire de notre recherche, il ne sera pas possible de généraliser certains effets d'âge ou de cadre de pratique par rapport aux profils rencontrés. Pour une question d'accessibilité, nous avons été mises en lien par un contact en commun avec la première gynécologue que nous avons rencontrée. Sa

pratique en institution universitaire a permis de mettre en lumière une forme différente de suivi, plus diverse qu'en cabinet, et une approche plus proches des standards universitaires. Pour le deuxième gynécologue, nous avons appelé différents cabinets privés dans la région du Valais Romand et selon des critères de disponibilité et de réponse à nos appels, nous avons effectué l'entretien auprès d'un gynécologue proche de l'âge de la retraite, ayant donc plus d'années d'expériences en pratique privée. Ces deux profils sont intéressants car ils proposent deux pratiques différentes ainsi que deux points de vue parfois divergents.

Conduite des entretiens

Préalablement à chaque entretien (auprès des patientes et des gynécologues), nous avons tout d'abord distribué un document informatif¹⁴, introduisant le contexte de notre recherche, le cadre de notre enquête, ainsi que l'aspect éthique sur les recherches en sociologie. Au début de nos entretiens, nous nous sommes donc assurées qu'il n'y avait pas d'incompréhension concernant ce document d'information, et nous leur avons demandé leur consentement concernant l'enregistrement audio de l'entretien. Il a également été stipulé que l'entretien pouvait prendre fin à tout moment, sans besoin d'explication, si cela représentait une difficulté pour les participant.e.s.

Comme précédemment introduit, les entretiens réalisés auprès des patientes se font selon l'approche « récit de vie » qui se concentre sur l'aspect temporel des expériences subjectives. Nous avons choisi cette méthode dans le but de pouvoir laisser libre le discours des participantes : « *De cette façon, les techniques non directives tendent à faire émerger une parole libre* » (Burrick, 2010), notamment dans le contexte du récit d'expériences intimes qui peut parfois être douloureux ou traumatique. Cette méthode a également permis de ne pas poser de cadre trop strict à la discussion et de laisser les femmes mener la discussion selon leurs représentations propres. Durant ces entretiens, nous avons pu accéder aux informations dont nous avons besoin en utilisant la technique de relance, permettant de pouvoir approfondir certaines thématiques et de rebondir sur certains points soulevés par les interviewées. Cette attitude de recherche nous a également permis de pouvoir instaurer une écoute bienveillante et attentive, nous donnant accès à un récit plus approfondi par moment. Les entretiens se sont déroulés dans des lieux divers, toujours selon la préférence des femmes rencontrées (à leur domicile, dans des lieux publics, dans un bureau privé). La durée des entretiens s'étend de 45 minutes à 2h. Cela s'explique par le fait, que pour les plus jeunes, leurs expériences chez leur

¹⁴ Figures 2 et 3 dans « Annexe »

gynécologue sont restreintes et ne donnent pas lieu à de longues discussions. Afin d'être au plus proche de la méthode récit de vie, les entretiens ont toujours débuté sur une description linéaire et chronologique de leur suivi en gynécologie. Cette façon d'entrer dans le récit permet de pouvoir poser des références et des événements, qui par la suite, nous ont donné l'occasion de pouvoir y revenir de façon plus approfondie. Nous avons pu observer que les discours tenus évoluent au fil de l'entretien, et qu'un sentiment de confiance semble s'installer au fur et à mesure du récit. En leur laissant la maîtrise du rythme et de la description des événements, il a été plus facile de pouvoir revenir sur certains éléments sensibles en reprenant la formulation initiale des femmes rencontrées. Nous n'avons pas rencontré de réelles difficultés dans la conduite des entretiens. La pudeur sur le sujet n'a pas été un obstacle et les discussions, quant elles relevaient d'actes médicaux sur les parties du corps (vagin, col de l'utérus ou sein), n'ont pas posés problèmes. Les profils des participantes sont divers au niveau des classes sociales ainsi que des imprégnations culturelles (religion, habitus, éducation). Toutes les femmes interviewées sont blanches et suisses. Les niveaux d'études des participantes sont différents et varient de l'apprentissage à la formation tertiaire. Les effets de la différence d'âge entre la plus jeune (20 ans) et la plus âgée (80 ans), apportent une compréhension intéressante sur l'évolution des pratiques médicales, la médicalisation de la santé reproductive des femmes et la libération des mœurs concernant la sexualité féminine.

Pour les entretiens conduits auprès des deux gynécologues, nous avons construit une grille d'entretien¹⁵ avec les thématiques principales que nous voulions interrogées. Ce cadre a permis d'instaurer une discussion plus précise et nous a également permis d'obtenir une légitimité en tant que jeune chercheuse en sociologie. La grille a favorisé un focus et un réajustement sur leur pratique personnelle et sur leur point de vue professionnel. Certaines questions spécifiques en lien avec les discours tenus par les gynécologues ont pu émerger lors des entretiens et venir compléter les thématiques préexistantes. Les différents points abordés étaient organisés autour des pratiques professionnelles, des formes de suivis pour les deux groupes d'âges des patientes ainsi que de la standardisation du suivi selon les normes universitaires. Malgré le fait que les interviews auprès de professionnel.le.s ne soient qu'au nombre de deux, nous voulions pouvoir diversifier les profils afin de pouvoir accéder à différentes pratiques. De ce fait, nous avons choisi un gynécologue homme âgé de 60 ans qui pratique en cabinet privé, et une gynécologue femme, de 31 ans, qui a pratiqué en institution universitaire puis en institution hospitalière. Ces

¹⁵ Figure 4 dans « Annexes »

deux cadres de pratiques vont également nous permettre de comprendre les différences que cela implique, ainsi que l'impact sur les pratiques et les discours tenus par les professionnel.le.s.

Analyse du corpus empirique

La retranscription écrite des entretiens a permis de faire ressortir et de classer les différents points qui ont émergé durant les interviews. L'émergence de certains éléments spécifiques mais transversaux a ensuite permis de délimiter la structure de nos résultats.

Pour ce qui est de la partie analytique, il nous paraissait intéressant d'inclure le discours des professionnel.le.s tout au long des différents points d'analyse de manière transversale. Nos résultats sont donc organisés autour des points centraux qui ont émergés des entretiens. Comme déjà mentionné, la première partie de l'analyse est construite en effet miroir, permettant ainsi une lecture comparative de points qui se rejoignent malgré les deux sous-groupes d'âges. Le constat de similitudes dans le suivi malgré les différences d'âges et donc de focus, a permis de souligner la volonté d'imposition des normes relatives à la sexualité peu importe les âges des patientes.

Les deux points qui suivent dans l'analyse permettent de rassembler les deux sous-groupes sous des thématiques centrales et globales du suivi gynécologique. Les propos recueillis ont montré une forme de discours sous-jacent commun à la quasi-totalité des entretiens sur les différences genrées dans les discours tenus par les professionnel.le.s. Il a fallu un réel travail de dénaturalisation de certains comportements et remarques pour faire émerger une critique sur la responsabilisation sexuelle des femmes. L'émergence de propos sur les violences gynécologiques et obstétricales s'est faite de manière tardive dans les échanges avec les femmes interviewées. La mention d'évènements négatifs et traumatiques par les patientes se fait, le plus souvent, au moment où arrive la question « Est-ce que vous pensez encore à quelque-chose ? / Est-ce que vous voudriez rajouter quelque chose ? ». Cela dénote de l'importance d'instaurer une relation de confiance et d'écoute qui permet que de tels sujets soient abordés avec un.e inconnu.e.

Limites de notre recherche

Dans le cadre de notre travail de Master, nous précisons que notre recherche reste exploratoire et que le nombre de personnes interviewées reste peu élevé. Cela ne permet donc pas une analyse exhaustive, ni une représentation intégrale des formes de suivis. Néanmoins,

les données recueillies se sont avérées riches et nous ont permis de pouvoir effectuer un travail d'analyse sur différentes thématiques qui sont ressorties dans les entretiens.

Notre échantillon, malgré le partage par les réseaux sociaux, ainsi que le bouche à oreille, n'a pas abouti à une diversification en termes d'origines des participantes autant qu'attendu. Nous pouvons probablement imputer cela au fait que notre entourage et nos contacts sur les réseaux sociaux restent des personnes qui partagent un même habitus social et représentent donc un panel partiel en termes de mixité sociale. Ce travail d'analyse ne nous permet donc pas une inclusivité totale, occultant ainsi certaines expériences spécifiques. Toutefois, nous adoptons ici une réflexion critique de ce manque et rappelons que nous ne pouvons considérer que ce qui nous a été partagé lors de ces entretiens avec les patientes rencontrées.

Un autre point réflexif lors de notre recherche a été notre position en tant que chercheuse en études genre. En effet, lors de nos entretiens avec les deux professionnel.le.s, notre statut de chercheuse en sociologie a été souligné à plusieurs reprises. Lors de ces deux formes de rappel, nous avons adopté une position de recul et avons souligné le fait que nous étions là pour parler de leurs pratiques en tant que professionnel.le.s les renvoyant donc à une forme de réflexion personnelle. Cela a permis de pouvoir recentrer la discussion, mais également de ne pas cristalliser le débat sur notre propre position sans pour autant l'occulter. Cette forme de rappel à l'ordre a également mis en lumière l'impact des critiques qui ont émergé sur les pratiques obstétricales et gynécologiques lors de ces dix dernières années. Cela atteste que le système médical dans son sens large, et plus précisément la gynécologie/obstétrique ont été mis à l'épreuve par les apports théoriques critiques concernant les abus et les violences médicales envers les patient.e.s. Cela implique également une remise en question individuelle des professionnel.le.s à l'égard de leurs pratiques mais également de manière plus profonde, sur leurs principes individuels, dans les perspectives genrées du suivi en termes de qualité et de respect de la dignité. Il est possible que notre cadre de recherche ait produit un effet de censure lors de leur discours, néanmoins, ce travail se concentrera sur les discours qui ont été tenus lors des entretiens.

Résultats

Dans ce chapitre, nous allons nous concentrer sur le corpus empirique, partie essentielle de notre travail d'enquête. Au travers des récits recueillis auprès des patientes et des deux gynécologues, nous allons analyser ce que représentent les expériences ordinaires de soin pour les patientes et comment cela est pratiqué et introduit par les professionnel.le.s. Ce travail d'analyse permet de rendre compte de ce que vivent les femmes au travers du suivi gynécologique ainsi que la manière dont cela impacte, ou non, leur rapport à leur santé, à leur sexualité et à leur vie. L'accès à un discours professionnel offre une compréhension davantage structurelle et renseigne les discours, les cadres de pratiques et les prescriptions médicales. Ce point de vue double nous servira à nuancer nos analyses et à rendre compte des logiques institutionnelles qui entourent les consultations. La première partie de notre analyse permet de rendre compte des expériences de jeunes femmes âgées entre 20 et 25 ans. L'analyse concernant ce groupe d'âge nous donne accès aux logiques et enjeux médicaux et sociaux qui accompagnent l'entrée dans le suivi gynécologique. La deuxième partie se concentre sur le suivi des femmes plus âgées, entre 55 ans et 80 ans, délimitant ainsi le début de la ménopause. Les discours tenus par ces femmes offrent une compréhension et une visibilisation de thématiques en lien avec le vieillissement. Par leurs témoignages, nous constatons une forme de rupture avec le suivi au moment de la ménopause. Cela peut notamment s'expliquer par la difficulté à prendre en compte l'évolution de leurs attentes, au moment où elles se dégagent des normes biologiques et sociales issues du suivi gynécologique. Ensuite, notre travail soulève deux thématiques conjointes aux deux sous-groupes d'âges : la responsabilisation sexuelle féminine ainsi que les violences survenant dans le cadre du suivi gynécologique. Ces deux sujets ont demandé un travail plus profond, notamment dans l'analyse des discours. Il a été nécessaire de questionner ce qui paraît « normal » et qui soulève donc des formes d'intériorisation et de banalisation de la part des femmes rencontrées. La délimitation de ces angles d'analyse permet de voir l'impact des discours normatifs présents dans le suivi et les conséquences que cela engendre dans la vie des femmes.

1. Entrée dans le suivi gynécologique

Chez les jeunes femmes, l'entrée dans le suivi gynécologique se fait fréquemment en co-occurrence avec l'arrivée des menstruations ou lors du premier rapport sexuel et sur conseil de leurs amies et/ou mères qui les encouragent à aller consulter. Ceci rappelle notamment le rite d'initiation développé en première partie (Van Gennep, 1909). Comme une norme, c'est donc naturellement que les jeunes femmes se rendent à leur premier rendez-vous gynécologique :

« Alors mon premier rendez-vous c'était en novembre l'année passée, ça faisait presque 6 mois que j'étais avec mon copain. Du coup je me suis dit qu'il fallait peut-être que je prenne un rendez-vous chez le gynéco. Du coup j'appelle une gynéco que mes copines elles allaient, et j'ai eu un rendez-vous 8 mois après. » (M. 20 ans)

Pourtant, en comparant avec le discours des femmes plus âgées, nous pouvons constater une évolution générationnelle de la logique du suivi gynécologique :

« Disons que moi je fais partie d'une génération où le gynécologue c'était pas vraiment le truc, le passage obligatoire quand tu commences ta vie, enfin quand t'arrives à l'adolescence, comme ils font maintenant, avec la pilule et tout. Donc j'ai commencé à suivre, ben j'étais enceinte et ma première grossesse c'est mon médecin traitant qui a commencé à m'ausculter et c'est lui qui m'a conseillé d'aller faire des échographies parce là, ils étaient pas équipés en échographie, en 1988. » (B. 61 ans)

*« Alors j'ai commencé mes suivis en gynécologie après mes grossesses. Après ma première grossesse, après l'accouchement et tout ça, le docteur m'a dit de revenir vers lui pour voir si tout allait bien, pour faire un contrôle. Alors j'étais d'accord, et c'est comme ça que ça a commencé disons. Parce que depuis là, bon après, 2 ans après, j'ai eu ma 2^{ème} grossesse, et depuis ma 2^{ème} grossesse, moi personnellement j'ai voulu me faire suivre tout le temps. J'ai accouché la première fois à 25 ans, mais avant, j'avais pas de problème donc j'étais pas suivie. [...] Alors au départ, on avait pas beaucoup de gynécologues, alors c'était le Dr. * qui était généraliste et c'était lui, qui en principe, suivait toutes les femmes enceintes à Martigny. Et après, à la deuxième grossesse, ça commençait à venir qu'un gynécologue s'était installé. Alors j'ai dit que j'allais là vu que l'autre il faisait un peu moins. » (M.-T. 80 ans)*

Le temps de deux générations, la gynécologie médicale s'est donc nettement développée. Ceci a engendré un changement radical dans la manière de penser le suivi, qui passe du contrôle durant la grossesse, à un contrôle dès l'entrée dans la sexualité. Cette modification des pratiques soulignent également la portée grandissante de la pratique gynécologique sur le contrôle et la prévention des risques liés à la sexualité.

1.1. La centralité de la prescription contraceptive au moment de l'entrée dans le suivi gynécologique

Le discours dominant existant autour des consultations gynécologiques se veut comme encourageant les femmes, jeunes et moins jeunes, à prévaloir une attitude de prévention des

risques liés à une sexualité active. Chez les jeunes femmes, le suivi se concentre sur deux thématiques principales selon les gynécologues rencontré.e.s : le risque de grossesse et le risque d'infections sexuelles. Au travers de l'entrée dans le suivi gynécologique, plusieurs thématiques (médicale, prescriptive, préventive et normalisatrice) sont traitées par les professionnel.le.s, inscrivant les jeunes femmes dans une socialisation des pratiques sexuelles légitimes. Au travers de nos entretiens, et selon les gynécologues interviewé.e.s, les premiers rendez-vous sont souvent consacrés à la prescription d'une contraception :

« Mais c'est elles qui viennent à nous, on va pas les chercher. Donc principalement, chez les plus jeunes, je dirais la demande de contraception, après, de moins en moins jeune, mais les grossesses, désirées ou pas. » (Gynécologue homme, 60 ans).

En analysant ce discours, nous retrouvons la mise sous contraception comme étant la norme dès l'entrée dans le suivi gynécologique. L'encouragement à une prise de moyen contraceptif est profondément marqué par l'hétéronormativité. En effet, une contraception, ne protégeant pas des infections sexuellement transmissibles (IST), est surtout envisagée dans une logique préventive permettant le contrôle d'une grossesse non-désirée.

Pourtant, en questionnant les ressentis des jeunes femmes ayant recours pour la première fois au suivi gynécologique, le discours tenu n'est pas le même que celui des gynécologues :

« Et après elle me parle directement de ce que je voudrais prendre pour éviter une grossesse non-désirée. Là, j'ai trouvé ça un peu froid... ouais, tu vas là, et en fait, c'est surtout pour empêcher d'avoir une grossesse alors que moi, je venais plutôt à but d'avoir des informations. » (M. 25 ans)

« Bon déjà je crois que j'avais 17 ans la 1^{ère} fois que je suis allée chez la gynéco. J'étais avec mon premier copain, et en fait on essayait d'avoir notre 1^{ère} relation sexuelle, mais j'arrivais pas, en fait j'étais ... c'est pas que l'envie était pas là, c'était simplement que obstacle complet, je sais pas si c'était psychologique. Et en fait j'étais allée voir si il y avait un souci anatomique, mais j'avais pas de soucis. Donc je pense que c'était vraiment psychologique. Et du coup, comme je suis allée là-bas, et pis qu'on a abordé la question que j'étais en relation et en couple, ben c'est là, que j'ai commencé un moyen de contraception, la pilule du coup. » (L. 25 ans)

Cet extrait souligne que chez les jeunes femmes qui débudent un suivi gynécologique, nous retrouvons un besoin, une volonté de pouvoir trouver des informations complètes et correctes

auprès des professionnel.le.s. L'enjeu du premier rendez-vous porte donc davantage sur une prise de connaissance et l'instauration d'un sentiment de confiance et de bien-être pour les jeunes patientes. En effet, ce moment est déjà un passage en soi qui marque l'entrée dans la vie adulte, et le fait de devoir directement être projetées dans la prise d'un moyen contraceptif paraît parfois trop brusque selon elles.

En plus de la recherche d'informations, certaines jeunes femmes s'y rendent également pour parler et se confier sur des affections physiques ou psychologiques en lien avec leur sexualité. Comme nous l'avons vu, la co-occurrence de l'entrée dans le suivi se fait, le plus souvent, avec les premières expériences sexuelles. Les jeunes femmes font donc face à de nouveaux questionnements concernant leurs corps, leurs envies. Dans l'extrait précédent tiré de l'entretien avec L. 25 ans, cette jeune patiente vient en consultation afin de pouvoir objectiver un problème physique, raison pour laquelle elle ressentirait des douleurs lors de la pénétration. Néanmoins, la consultation se termine sur une prescription contraceptive, notamment la pilule, et que peu d'informations sur le trouble qu'elle évoque avec sa gynécologue. À aucun moment de cette consultation la jeune fille n'a énoncé être intéressée à prendre une méthode contraceptive. Malgré ses différents apports, la consultation gynécologique chez les jeunes femmes demeure, de manière prédominante, dans son aspect préventif (grossesse non-désirée) et prescriptif. Au travers de ces extraits, il apparaît que les professionnel.le.s orientent de manière très rapide les patientes à avoir recours à une contraception, de préférence hormonale. Cela reflète la norme contraceptive soulignée par Lucile Ruault (2015) et Aurore Koechlin (2022) et tend à renforcer la responsabilité féminine dans les risques en lien avec la sexualité.

La mise en avant de la pilule comme moyen contraceptif est motivé par un discours statistique d'efficacité chez les deux professionnel.le.s rencontré.e.s. En effet, tous deux témoignent d'une meilleure réponse thérapeutique avec la pilule et occultent parfois d'autres formes de contraception, jugées moins adéquate pour les jeunes femmes. Néanmoins, nous retrouvons dans leurs discours des arguments sociaux qui sous-tendent également les prescriptions des professionnel.le.s :

« Surtout que c'est un âge où on a tendance à changer, on a peut-être pas trouvé le bon d'emblée (rire), donc je leur dit bien que même si elles ont déjà une contraception, si elles changent, elles doivent reprendre le préservatif en continuant la pilule. »
(Gynécologue homme, 60 ans)

Les jeunes femmes doivent donc faire face à des formes de rappel à l'ordre et d'injonctions sociales sur leur sexualité. Les normes sociales imposées lors de la consultation servent également à éliminer d'autres formes de contraception par une mise en avant des taux de risques de grossesse non-désirée :

« On dit bien que la contraception protège des grossesses, on dit aussi que c'est pas sûr à 100%, qu'il y a encore des échecs et souvent ben les échecs sont dus au manquement de la personne, mais même, la pilule on dit 5 pour 1000 d'échecs, le stérilet aussi... moi j'ai eu deux grossesses pour 1200 stérilets posés, on sait que ça arrive. Le stérilet en cuivre encore plus. Des fois sur le ton de la plaisanterie, je dis que pour avoir un risque 0, il faut sortir avec une femme. » - « Pour les stérilets en cuivre, je suis peut-être trop ancien, mais j'ai encore des réticences, mais à certains endroits ils le posent. Moi, je suis pas pour en raison du taux d'échec... c'est 1%, alors que le stérilet hormonal c'est 1 pour 1500. » (Gynécologue homme, 60 ans)

Toutefois, nous pouvons penser qu'une meilleure transmission du savoir-faire gynécologique et d'un encouragement à mieux connaître son corps pourraient permettre aux jeunes femmes un éventail plus large des moyens contraceptifs connus et donc, de ne plus être poussées à « choisir » par défaut la pilule : *« La pilule était presque devenue le synonyme de contraception, bien que d'autres moyens fussent existants, et que selon les périodes de leur vie, les besoins des femmes diffèrent. Sur le plan individuel, les médecins ont été les vecteurs de cette norme contraceptive « tout pilule » à travers leurs prescriptions si ce n'est totalitaire, du moins totalisante. » (Athéa, 2020).* Cette forme de transmission positive est appliquée par la deuxième gynécologue interviewée, qui rappelle bien qu'une prise de contraceptif n'est pas anodine et provoque des effets secondaires :

« Souvent, nous on a des indications autres que de se protéger d'une grossesse, notamment les règles irrégulières, douloureuses et là oui tu rentres dans une indication médicale. Mais je dis toujours de faire attention, et qu'il y a des risques somatiques (thromboses, embolies...) et de rester vigilantes sur les symptômes et de faire attention aux changements d'humeur. Leur dire que si elles ont l'impression d'être plus tristes, ou qu'il y a qqch qui cloche, ou voilà, qu'il faut pas hésiter à prendre rendez-vous. » (Gynécologue femme, 31 ans)

Malgré la tendance à une propension de la pilule, surtout chez un public jeune (Amsellem-Mainguy, 2011), des critiques émergent sur les effets secondaires des pilules de 3^{ème} et 4^{ème}

génération depuis une dizaine d'années. Pourtant, ces effets ne sont que peu pris en considération par les professionnel.le.s et les impacts sur les corps des femmes sont largement minimisés :

« Maintenant il commence à avoir plus de réticences pour ce qui est de hormones, mais de tout âge... mais il faut savoir par quoi elles veulent passer... Elles voudraient le plus naturel possible, mais le plus naturel, c'est le préservatif, le retrait à déconseiller impérativement chez quelqu'un qui ne veut pas de grossesse. Je dis, tout ce qui est plus naturel à un plus haut taux d'échec et ça va très bien chez un couple qui ont déjà 2 enfants, et que si un 3^{ème} arrive, il est le bienvenu. Chez une jeune de 15 à 20 ans, je me vois mal... parce qu'il y a la symptotermie, et ça je déconseillerais à quelqu'un de jeune. » (Gynécologue homme, 60 ans)

Il semble donc qu'il existe encore une incitation de la part des professionnel.le.s, sous forme de bons conseils et/ou de discours moralisateur, à la prise d'une contraception qui leur convient davantage. Cela révèle également que par ce processus d'élimination de certaines contraceptions selon un savoir expert, les gynécologues s'acquittent de leur devoir d'information aux patient.e.s (Art. 10 du Code Déontologique). Ceci est largement ressenti chez les jeunes patientes qui, toutes, dénoncent une mauvaise transmission des connaissances relatives aux différents contraceptifs existants.

1.2. Entre autonomie et supervision : bonnes ou mauvaises patientes

Comme nous l'avons vu, la recherche d'informations au moment de l'entrée dans le suivi gynécologique représente un enjeu important pour les patientes. Dès lors que les informations recherchées ne sont pas données dans le cadre du suivi, les jeunes femmes sont donc poussées à aller s'informer ailleurs. Les professionnel.le.s semblent parfois inciter à la recherche d'informations pas d'autres biais, mais tiennent également un discours contradictoire sur le savoir profane des patientes lors des rendez-vous. Cette thématique apparaît donc comme un nœud du suivi gynécologique. En effet, au travers des entretiens, nous avons pu observer que l'équilibre entre autonomie et supervision est difficile à trouver et pose un réel problème de confiance du côté des patientes et déontologique pour les professionnel.le.s.

En analysant les propos recueillis lors des entretiens auprès des jeunes femmes, nous avons pu établir que dans leurs discours, les patientes et les professionnel.le.s, rapportent une autonomie parfois encouragée et parfois réprimandée. Cela nous permet de dresser une classification des sujets sur lesquels l'autonomie est renforcée, acceptée, encouragée ou réprimandée. Nous

verrons que ces objets délimitent aussi le cadre d'expertise des professionnel.le.s renforçant ou non leur légitimité.

- CONNAITRE SON CORPS -

Pour cette première thématique, il semble que les discours entre professionnel.le.s et patientes s'accordent sur l'encouragement à aller chercher des informations complémentaires au travers d'autres ressources ainsi que de s'initier à une meilleure connaissance de son propre corps.

« Après parfois j'avais des jeunes qui me demandaient, à un moment de l'entretien, il y avait toujours ce moment où elles me demandaient de regarder en bas. Et moi je disais « pourquoi tu veux que je regarde en bas », et elles disaient qu'elles voulaient juste savoir si tout était normal. Et du coup, tu refaisais les dessins, tu reregardais... et moi je leur disais souvent d'aller voir internet, regarde. » (Gynécologue femme, 31 ans)

La mention de savoir « si tout est normal en bas » révèle aussi l'intériorisation d'une norme esthétique. La volonté d'être physiquement « normale » lors des premières expériences et/ou relation renvoie à l'idée d'une conception normée de l'esthétisme chez les jeunes femmes, souvent issus de la culture porno chic (Smaniotto, 2017). Dans cet extrait, on voit une réelle volonté d'encourager les jeunes patientes en gynécologie à aller chercher des informations de manière autonome, notamment par rapport à l'aspect esthétique de leurs organes génitaux mais également dans une logique d'apprentissage de leur anatomie. Cela soulève une forme d'empowerment dans le but d'apprendre à connaître son corps et son fonctionnement et à s'accepter :

« Elle m'a dit qu'il fallait que j'apprenne à connaître mon corps, que c'était vraiment important, que c'était comme que ... que le premier aspect de la sexualité était normalement censé passer par soi avant le couple. Donc voilà, elle m'avait un peu conseillée comme ça. Alors que moi, j'étais et je suis encore pudique et qu'à ce niveau-là, elle m'avait dit « Ouais une fois tu prends un bain et tu te touches, tu te doigtes, et pis c'est plus facile dans un bain », et moi j'étais là... j'étais pas prête à entendre ça. » (L. 25 ans)

Néanmoins, pour certaines jeunes femmes, comme c'est le cas pour L. 25 ans, cela peut parfois arriver trop tôt dans le suivi ou dans le développement de connaissances personnelles. Cela vient davantage appuyer sur une injonction à se connaître, à aimer son corps et à être à l'aise

avec sa nudité et renvoie les femmes à un rapport forcé à leurs corps et à leur sexualité. L'autonomie concernant ce sujet reste donc ambivalente. D'une part, la connaissance de son propre corps sert de base à l'épanouissement sexuel et à la gestion en cas de problèmes (infections, anomalies anatomiques, troubles physiologiques). D'autre part, cela renforce une injonction sociale à se sentir à l'aise avec son corps et à apprendre à se connaître. Dans ce cas précis, l'autonomie peut effectivement être mise en avant, sans que cela devienne une obligation pour autant. Cet équilibre peut être difficile à trouver, et c'est là qu'entre en jeu la bonne connaissance de sa patiente et la nécessité d'une bonne relation thérapeutique.

- LES NOTIONS DE PLAISIR, DE DÉSIR ET D'ÉPANOUISSEMENT SEXUEL -

Concernant les discours et discussions sur la sexualité, les gynécologues restent très centré.e.s sur l'aspect médical. Pourtant, la sexologie fait entièrement partie du cahier des charges des professionnel.le.s comme cela est reconnu par la gynécologue (31 ans) : « *ça fait partie du cahier des charges de parler de sexualité...* ». Pourtant, les questions relatives au plaisir et à la sexualité et termes de désirs et d'épanouissement restent en marge des thématiques abordées auprès des jeunes femmes.

« Mais j'ai écrit un mail à ma première gynéco, en disant que j'avais des problèmes, et que j'hésitais à voir une sexologue, si elle me conseillait quelqu'un. Alors elle m'a conseillé qqn mais elle a pas demandé plus de détails. Et là je suis en thérapie avec une sexologue. » (S. 23 ans)

« Est-ce que tu te sentirais à l'aise de parler de plaisir dans la sexualité ? - Mais ouais.. pas trop en fait. Je pense que ça pourrait le faire, mais je pense que ça serait pas auprès d'elle que je me tournerai forcément. Pour ça, j'irais plutôt au SIPE ou dans un autre centre. Ben tu peux rajouter que dans la consultation gynécologique, ce point serait chouette... (rire). Mais non, là pour le moment, je dis pas que je serai pas à l'aise de parler de ça de mon côté, mais c'est plutôt que je crois qu'elle m'apporterait rien sur ça. » (L. 25 ans)

La mention d'une discussion sur la sexualité notamment selon l'angle du plaisir et de l'épanouissement sexuel, apparaît difficile pour les jeunes femmes. Sans en être gênées, il semble que ce n'est pas le lieu pour en parler et s'informer. Dans leurs représentations, les jeunes femmes et les professionnel.le.s voient le suivi en gynécologie comme étant le lieu du contrôle médical de leur sexualité (diagnostics, prescription, auscultations physiques). Le tabou autour de la sexualité révèle une mise à distance d'un sujet qui peut parfois déstabiliser la

relation thérapeutique dans ce contexte précis. Pourtant, les références auprès de spécialistes (sexologues) sur le sujet reviennent fréquemment dans les entretiens, et montrent une limite très marquée du domaine de connaissance des gynécologues. Cela révèle aussi une mise à distance de sujets moins médicaux (plaisir, désir, zones érogènes, etc.) permettant ainsi de s'inscrire davantage dans un rapport davantage dans une approche technique de la sexualité et de renforcer ainsi l'asymétrie de la relation thérapeutique.

- LES LIMITES QUANT AUX ACTES TECHNIQUES -

La pratique gynécologique requiert une connaissance de l'anatomie, de la physiologie et de l'utilisation de techniques médicales. Durant les consultations, l'auscultation standard se fait par les gynécologues renvoyant la patiente à une attitude passive.

« Je le fais moi-même. Mais je leur dis de le faire aussi elle-même. Mais pas spécifiquement. Parce qu'après, il faut pas rêver... ces examens où on dit de lever les bras et qu'il y a un trou qui apparaît dans le sein, j'en ai vu qu'une fois. Souvent on voit vraiment pas et c'est dur à détecter. Nous on sait comment regarder mieux. »
(Gynécologue homme, 60 ans)

La gynécologue interviewée de son côté, rapporte qu'elle encourage les autos-pratiques lors des consultations :

« [...] donc à ce moment-là ce qu'on fait, et ce que les études montrent, c'est que je leur explique bien, je leur dis « Voilà, est-ce que tu es déjà allée avec tes doigts au fond de ton vagin, et est-ce que tu as déjà senti le petit bouton tout au fond » et des fois elles sont un peu là, genre « quoi » et à ce moment-là, on leur donne les frottis et on leur dit d'aller aux toilettes, d'essayer sans se faire mal, d'aller bien au fond et de bien froter pendant x secondes et de remettre dans le petit pot et voilà. Et les études montrent qu'elles le fassent elles-mêmes, si ça a bien été expliqué de manière consciencieuse avec le matériel, ça revient exactement au même que moi, de les mettre sur chaise et d'aller froter moi-même. » (Gynécologue femme, 31 ans)

L'encouragement à *faire* pour les patientes amène justement à une meilleure connaissance de leur corps et de leurs ressentis. Elle incite également ses jeunes patientes à se « *faire confiance* » et « *s'écouter* » faisant ainsi référence à leur savoir expérientiel (Noël-Hureaux, 2019). Cela est renforcé car la gynécologue participe à une construction d'un savoir technique bienveillant et positif ce qui engendre une meilleure relation thérapeutique sur la confiance mutuelle par la

transmission d'un.e expert.e à la patiente. L'invitation à développer une attitude plus active se retrouve aussi chez S. 23 ans :

« Et aussi, la première fois où elle m'a examinée, je me suis sentie vraiment à l'aise. Donc première expérience très positive. Elle m'a fait le frottis et ça s'est bien passé. Je me suis déshabillée et elle m'a donné un linge, et aussi elle m'a donné un miroir pour regarder ce qu'elle faisait et je trouvais ça bien que j'ai un contrôle sur ce qu'elle faisait. » (S. 23 ans)

Dans son discours, cette jeune patiente souligne l'effet positif de cet encouragement à participer à l'examen physique et dit que cela a renforcé le sentiment de contrôle et de connaissance sur son propre corps. Le soutien par les professionnel.le.s à développer une forme d'autonomie et/ou de transmission de connaissance permet aux femmes de s'approprier leurs corps et de pouvoir mieux se connaître. Cette logique de renforcement positif établit également un meilleur suivi dans le sens où, se connaissant mieux, les femmes arrivent à reconnaître leurs symptômes et à savoir quand il est nécessaire de consulter.

- L'AMBIVALENCE FACE À LA RECHERCHE D'INFORMATIONS -

Au cours des entretiens, les jeunes femmes mentionnent souvent que c'est leur gynécologue qui les encourage à aller s'informer ailleurs, permettant donc de cibler davantage leurs questionnements.

« Elle dit qu'on trouve tout sur internet donc : « Si vous avez des questions hésitez pas, mais on trouve tout sur internet. » c'est toujours comme ça. Mais elle est vraiment scolaire, donc ça me pousse à aller poser des questions ailleurs. » (M. 25 ans)

Sa réponse dénote une volonté de maintenir une relation thérapeutique où le savoir expert, fruit de longues années de formation, prime et n'équivaut pas à un savoir profane. Ici, l'idée de transmission et de savoir-faire enseigné est complètement absente du suivi et même déconseillée. Comme cela est développé dans l'article de Boudier et al. (2012), le contrôle médical se fait dans une logique paternaliste du suivi, c'est-à-dire, suivant une structure asymétrique entre médecin détenteur du savoir et patient.e.s s'en remettant au médecin pour les soigner. Cette forme de rappel à l'ordre de la hiérarchie au sein de la relation thérapeutique permet aux professionnel.le.s de la santé de réaffirmer leur légitimité et leur savoir expert.

Cela nous ramène aussi à la limite temporelle rencontrée par les professionnel.le.s lors des rendez-vous gynécologiques. Le fait de n'avoir que peu de temps à consacrer à leurs patientes,

les oblige à cibler les raisons pour lesquelles elles sont venues en consultation. Les thématiques qui ne sont pas centrales à l'examen sont donc laissées de côté et pourront être abordées individuellement au travers de recherches personnelles. Cela soulève néanmoins un problème de ressources et d'accès à des informations certifiées par les différents participant.e.s de notre enquête :

« Je le vis bien, mais parce que je sais où aller chercher des infos. Pour d'autres femmes, c'est bien de faire confiance, mais je pense que c'est aussi bien de donner des outils et de pas lâcher comme ça. Le risque c'est aussi de faire des trucs à sa sauce et que finalement t'as une grosse désinformation... » (L. 25 ans)

« Et toute cette branche un peu exacerbante, un peu notre âge, de la génération 'Balance ton gynéco' qui savent mieux que toi et qui sont très informées parce qu'elles lisent Doctissimo et de toute façon mon pote a dit et mon physio a dit... et celles-là, t'as envie de leur dire mais qu'est-ce que tu viens faire chez moi alors ?... Je vous ai pas appelé pour venir, tu dis pas ça comme ça mais... Et ça pour nous, et je dis nous parce que c'est quand même des conversations récurrentes, c'est très frustrant. Parce que finalement, tu remettrais jamais en cause ce que dit ton mécanicien par rapport à ta voiture... par contre en termes de santé... » - « [...] et ça il y a une grande différence, mais plus que la différence d'âge, il y a aussi les catégories sociales... Mais c'est vrai qu'on a plus de violences envers nous, souvent chez les femmes moyennement éduquées, typiquement la nana comme toi, on sait qu'elle va être challengeante d'un point de vue intellectuel, on sait qu'elle va nous poser des questions précises, qu'elle sait, qu'elle a vu des chiffres, mais elle est, en général, bien informée, donc tu as ce pallier-là. Challenge intellectuel mais pas désagréable. Et après tu as, tout en bas, des femmes qui sont presque... tu as presque envie de leur « Là c'est votre corps Madame, c'est important... il faut vous informer, il faut lire »... et après tu as l'entre-deux de la mésinformation qui viennent avec des préconçus mais qui ont l'impression d'être super informées parce qu'elles ont lu le 'Elle' et tu dois dire qu'elles racontent n'importe quoi, il y a des chiffres... ça c'est assez dingue et en fait ça s'est beaucoup polarisé avec le COVID, où il y a eu des études... et la dénonciation constante des bigs pharma et ça. Et t'es un peu là, mais c'est quoi le rapport ? Et du coup tu passes énormément de temps à déconstruire la mauvaise information et c'est assez fou de voir les préconçus des gens. » (Gynécologue femme, 31 ans)

Ici, plusieurs éléments sont intéressants à analyser. Premièrement, « *Là c'est votre corps Madame, c'est important... il faut vous informer, il faut lire* », souligne la conception néolibérale de la santé, qui impose aux individus de prendre soin d'eux, de connaître leurs symptômes, les identifier et les adresser (Boudier et al., 2012). Cette conception de l'autonomie prend des airs d'obligation et tend parfois à sur-responsabiliser les patientes en gynécologie. Le discours tenu par cette gynécologue renvoie au paradoxe de la recherche d'informations. Il semble justement que le fait de se rendre à une consultation spécialisée c'est prendre soin de sa santé et de s'y intéresser. La visite chez un.e expert.e dans le domaine apparaît comme un moyen pour les patientes d'arriver à trouver des réponses dans un lieu sûr, bienveillant et qui leur est dédié. Toutefois, ici nous sommes face à une demande supplémentaire de la part des professionnel.le.s, une forme de pression à s'informer et à s'inquiéter de sa santé en amont du rendez-vous spécialisé. Deuxièmement, dans ces deux extraits, nous pouvons revenir sur la nécessité de savoir où trouver les informations et de pouvoir les vérifier. En effet, toutes sortes de sites, blogs ou forums se disent experts dans le champ médical. Il est cependant fondamental d'avoir l'éducation ainsi que le recul nécessaire pour pouvoir comprendre, distinguer et assimiler les données et les indications que l'on peut retrouver sur ces différents médias (Méadel et Akrich, 2010). En effet, le relais d'informations médicales sur des réseaux sociaux, des forums ou lors d'émission radio/télé, reste incontrôlé et ne permet pas d'établir un diagnostic ou la mise en place d'un traitement sans une information plus complète et contrôlée par un.e spécialiste. Cela engendre également une forme de hiérarchisation des « bonnes » et « mauvaises » patientes qui est décrite ici. Les éléments permettant de les « classer » repose sur une prise en compte de la position sociale, de l'origine, du niveau de formation et de l'âge. La réflexion de la gynécologue, malgré le fait qu'elle semble s'appuyer sur son expérience, souligne néanmoins certains stéréotypes de classe et d'origine. Le fait que la consultation soit individualisée selon la patiente ne pose pas un problème en soi, mais la hiérarchisation des patientes révèle une prise en charge médicale et un traitement inégalitaire qui renvoie aux travaux critiques sur l'intersectionnalité dans le champ médical (Castro et Savage, 2019 ; Chadwick, 2021). À cela s'ajoute également la notion de mésinformation, risque encouru lors de la recherche personnelle, en-dehors du cabinet. Le manque d'information transmis durant les consultations gynécologiques demeure donc un nœud du suivi gynécologique et ne permet aux femmes d'accéder à une autonomie totale. Cela remet également en question la légitimité des professionnel.le.s. Dans son discours sur les connaissances des patientes, les gynécologues rappellent leur position d'expert.e.s ce qui délimite leur légitimité académique face à des patientes qui ne détiennent qu'un savoir « profane ». Par l'acquisition d'un savoir par les

patientes, celles-ci peuvent mobiliser leur *expertise-expérientielle* (Akrich et Rabeharisoa, 2012) et challenger le discours expert des gynécologues. Les compétences des patientes en termes de santé ouvre la possibilité d'une relation thérapeutique plus équilibrée, se détachant donc de son penchant paternaliste longtemps entretenu.

Le fait que la notion d'autonomie soit différente selon les sujets qu'elle traite démontre la prédominance et l'instauration de certaines normes. Cela reflète également la recherche de légitimité de la part des professionnel.le.s face à de nombreux débats en lien avec le suivi gynécologique : « *Et ça pour nous, et je dis nous parce que c'est quand même des conversations récurrentes, c'est très frustrant. Parce que finalement, tu remettrais jamais en cause ce que dit ton mécanicien par rapport à ta voiture... par contre en termes de santé...* » (Gynécologue femme, 31 ans). Cette classification rend compte du caractère ambivalent des discours tenus par les professionnel.l.es et permet de comprendre à quel point ce suivi peut paraître déroutant pour les patientes. Cela les place donc dans une position complexe face à des discours divergents et spécifiques aux points de vue des gynécologues.

1.3. Qu'est-ce qu'un suivi adéquat selon les attentes des patientes ?

Lors de nos entretiens, nous avons posé aux participantes, de façon systématique, la question de ce que représente d'un point de vue personnel un bon suivi. Lorsque cette question arrive dans l'entretien, la surprise est de mise et cela se reflète par une grande réflexion autour des éventuelles modifications ou apports à la consultation. Il est intéressant d'observer une telle réaction, qui révèle justement la non-prise en compte des besoins spécifiques des femmes dans un suivi qui leur est pourtant consacré. Dans la plupart des entretiens conduits auprès des jeunes femmes, ce qui ressort le plus fréquemment est la recherche d'information et le fait de se sentir à l'aise avec leur gynécologue. Cela dénote l'importance de construire une relation thérapeutique saine et bienveillante où elles peuvent s'informer sans se sentir jugées ou méprisées. Ces jeunes femmes qui sont âgées de 20 à 25 ans, sont également en demande de supports et de références afin de pouvoir se renseigner de manière sûre et d'arriver à un choix éclairé :

« Qu'on m'explique aussi, peut-être qu'il y a des gynécos qui pensent qu'on sait déjà, mais d'expliquer tous les détails. Mais je crois aussi qu'il y a, enfin ça serait cool si eux aussi ils nous donnaient des ressources où je peux m'informer et m'encourager ou me dire que c'est bien que je cherche des infos, et les endroits sûrs où je peux m'informer. » (S. 23 ans)

« Et aussi toujours garder une discussion ouverte. Et aussi de pousser à la discussion, juste demander s'il y a des douleurs... elle dit « est-ce que vous avez quelque chose à dire », mais c'est trop large, on peut parler de plein de sujets, mais non. Et surtout, qu'ils aillent chercher plus loin quand tu parles d'un souci. Et même parler entre eux (professionnel.le.s), jamais elle m'a proposé d'aller voir un autre médecin pour mes soucis. » (M. 25 ans)

« Ben l'écoute, me sentir plus écoutée. Donc d'avoir de l'écoute, de ne pas me sentir jugée et pouvoir parler de plusieurs choses. D'avoir la possibilité d'échanger sur les différents moyens de contraception et de ne pas avoir une pro-pilule ou stérilet en face de moi. Juste être à l'écoute. » (L. 25 ans)

L'attente la plus présente dans leur discours englobe l'écoute, la discussion, l'information. Il est intéressant de voir que ces notions tournent autour de la communication, et de la création d'un réel lien, *« plus intime que chez le médecin traitant »* (L. 25 ans). Le fait d'aborder, lors de la consultation gynécologique, des thématiques recouvrant une dimension de l'intime orientent le lien thérapeutique vers une relation privilégiée, où la confiance et la bienveillance deviennent des paramètres nécessaires au bon déroulement du suivi.

Malgré la nécessité d'une mise en place du sentiment de confiance entre gynécologues et patientes, les contraintes temporelles du suivi en cabinet sont des obstacles réels dans la conduite du rendez-vous. En Suisse, le système TARMED structure les consultations par un tarif uniforme cantonal¹⁶. Un nombre de points est déterminé selon le temps imparti pour une consultation donnée. Le respect de ce temps impacte ensuite le système de facturation ainsi que la prise en charge (ou non) des coûts relatifs à la consultation par les assurances maladies (base ou complémentaire). Dans la pratique cela implique que les gynécologues ont un temps donné pour traiter différentes thématiques (anamnèse, renouvellement des prescriptions, contrôle gynécologique, examen des seins, prise de sang). La gynécologue interviewée en parle comme d'une contrainte pouvant expliquer le ressenti de manque d'écoute des patientes :

« Si tu veux avoir un cabinet privé, t'as 20 minutes, parce que ça coûte à tes patientes et que toi tu dois payer la location, et tout. Et tu peux pas forcément te permettre... tu peux pas tout faire d'un coup... je pense que souvent c'est pas une question de volonté, mais c'est aussi une question de TARMED. » (Gynécologue femme, 31 ans).

¹⁶ <https://www.fmh.ch/fr/themes/tarifs-ambulatoires/tarmed.cfm>

La contrainte temporelle du cabinet privé, nous offre une compréhension structurelle du manque de communication ressenti lors du suivi gynécologique par les jeunes femmes.

Les jeunes femmes relèvent également le besoin de pouvoir être conseillées et référées, en cas de besoin, vers d'autres professionnel.le.s plus à même de les aider. Ainsi, L. 25 ans et S. 23 ans, évoquent avoir rencontré des difficultés lors de relations sexuelles (notamment elles mentionnent toutes deux le vaginisme¹⁷), et ne se sont pas senties suffisamment écoutées, orientées ou conseillées par leurs gynécologues. L'évocation de la sexualité, a proprement parlé, au moment du suivi reste délicate et est souvent balayée afin de revenir à une discussion plus centrée sur l'aspect médical et prescriptif du suivi gynécologique :

« À partir du moment où j'ai en peu posé des questions, j'ai pas forcément eu de réponses et en fait il y avait pas vraiment de discussion, c'est ça qui m'a manqué. Qu'on ne puisse pas se fier aux professionnel.le.s qui sont expert.e.s justement... Je comprenais pas, en fait il y avait pas d'écoute et c'est ça aussi qui m'a dérangée. Après les ordonnances de la pilule je les avais assez facilement, tout ça ça allait. » (L. 25 ans)

« Tu peux me parler plus du vaginisme ? - J'en ai jamais parlé à aucune de mes gynécos. C'est venu à peu après. J'ai toujours mal aussi lors de pénétrations, mais je me suis jamais posé trop de questions, je me disais que c'était moi, ou que c'était normal... et à un moment donné, en discussion avec d'autres filles, j'ai remarqué que c'était peut-être pas si normal que ça. Mais c'est aussi venu par après, après toute cette histoire du stérilet, je me suis posée beaucoup de questions, et je me suis dit que peut-être ça peut venir aussi d'un trauma gynéco et aussi de mes premières expériences sexuelles, c'est un peu une accumulation. Mais j'ai écrit un mail à ma première gynéco, en disant que j'avais des problèmes, et que j'hésitais à voir une sexologue, si elle me conseillait quelqu'un. Alors elle m'a conseillé qqn mais elle a pas demandé plus de détails. » (S. 23 ans)

Lorsque la gynécologue propose une référence chez un.e autre professionnel.le (sexologue) et relève donc un besoin d'accompagnement thérapeutique pluridisciplinaire, le vaginisme n'est quand même pas adressé lors de son suivi spécifique. Nous pouvons donc nous questionner sur la prise en charge globale lors du suivi gynécologique, notamment dans le cas d'un vaginisme

¹⁷ Contraction involontaire du périnée empêchant toute pénétration et dont l'origine peut être imputée à la peur, au stress, aux traumatismes, ou à une dyspareunie (douleurs durant les rapports, notamment lors de la pénétration).

qui peut également impacter les auscultations lors de contrôles gynécologiques. La discussion du vaginisme au sein du suivi gynécologique et/ou la référence chez d'autres professionnel.le.s, renvoie à la norme hétérosexuelle pénétrative. Comme nous l'avons vu précédemment, la consultation gynécologique est un lieu de socialisation concernant les comportements sexuels des jeunes femmes. Le manque de référence à d'autres pratiques (que la pénétration) dans les scripts sexuels renforce le caractère central du coït hétérosexuel dans la prise en charge gynécologique. Le discours professionnel, tend à restreindre la sexualité des femmes à des pratiques hétéronormées et pénétratives. De plus, l'examen du col de l'utérus se fait à l'aide d'un spéculum ou d'une sonde endovaginale, ce qui requiert la pénétration par un objet dans le vagin de la patiente. La norme pénétrative entre donc aussi en jeu dans la technique de l'auscultation : « *La pénétration vaginale sert donc à définir les instruments médicaux : le spéculum va de pair avec la normalité – une femme pratiquant le coït – quand la dénomination particulière du petit spéculum est rapportée à l'inactivité sexuelle, suggérant un stade protoféminin disqualifiant, une sorte de régression.* (Ruault, 2015, p.40)

Pour conclure cette partie portant sur l'entrée dans le suivi gynécologique, nous pouvons constater que ce *rituel* n'est pas anodin dans la vie d'une jeune femme. En effet, comme l'ont mentionné les jeunes femmes interviewées, l'initiation au suivi gynécologique impacte leur manière de penser, leur place en tant que femmes dans le domaine médical ainsi qu'une responsabilisation en termes de risques en lien avec la sexualité. Bien que leur offrant le choix de disposer de leurs corps, notamment par l'accès à une contraception en leur permettant une sexualité libérée de certaines contraintes ainsi qu'une prise en charge de leur santé génésique, le suivi gynécologique les inscrit également dans un rapport médicalisé à leur corps. Les jeunes femmes soulignent le besoin d'être informées, de se sentir à l'aise, et révèlent une certaine frustration face à des professionnel.le.s de la santé qui peuvent parfois se montrer froid.e.s, fermé.e.s, paternaliste.s et peu enclin.e.s à respecter leurs décisions. Au travers de ces témoignages, nous pouvons constater le besoin d'un espace plus accueillant, davantage porté sur la discussion et la volonté de pouvoir développer une connaissance personnelle de leur corps et des options thérapeutiques ou naturelles. Il nous semble important de souligner qu'aucune des jeunes femmes affirment vouloir sortir définitivement du suivi gynécologique. Cela implique que la gynécologie est, selon elles, toujours indispensable, mais doit connaître des transformations dans sa pratique et sa conception même.

Cette première partie nous offre une compréhension de la complexité de l'entrée dans *la carrière gynécologique*. Les jeunes femmes, par la première consultation, s'inscrivent dans ce

qui sera le début d'une longue médicalisation de leur sexualité. Comme le dit Lucile Ruault (2015), la première consultation sert de marqueur d'entrée dans la vie d'adulte pour les jeunes femmes. Cela implique un long processus de modelage social du biologique au travers d'injonctions sociales sur la sexualité et d'un long apprentissage des normes liées à ce suivi spécifique tout au long de la vie des femmes. Les discours normatifs ne se pas limité à l'entrée dans le suivi mais s'étendent à tous les âges. Les femmes en âge de la ménopause sont touchées par d'autres enjeux médicaux et sociaux que ceux présents chez les jeunes femmes. En effet, la question de l'âge et de la sortie de la période pour une éventuelle grossesse les placent dans une position marginale, renforçant la stigmatisation des corps vieillissants tant du point de vue social que du point de vue médical (Charlap, 2014).

2. La sortie du suivi gynécologique

L'entrée dans la préménopause varie selon les femmes tant au niveau de l'âge que des symptômes physiques et psychologiques. D'un point de vue clinique, la préménopause représente les premiers changements corporels et émotionnels et est marquée par une irrégularité des menstruations (menstrues qui s'espacent, qui disparaissent puis reviennent, troubles momentanés, etc.). Ce discours médical est corroboré par la manière dont est décrit cette période de la vie des femmes par les professionnel.le.s. Ce moment de changement n'est pas évident et peut venir chambouler l'équilibre tant physique que psychologique des femmes. Du point de vue psychologique et émotionnel, l'inexactitude de la durée de cet « entre-deux », entre la préménopause et la ménopause, rend cette étape encore plus pesante et déstabilisante selon les femmes interviewées.

Au moment de la ménopause, ce sont des changements désagréables qui surviennent dans la vie des femmes selon le gynécologue rencontré tels qu'il les décrits :

« Et ça c'est jusqu'au moment où la ménopause arrive, et à ce moment-là, il y a les insomnies, les bouffées de chaleur, les sécheresses vaginales, les troubles articulaires... les baisses de tensions. » (Gynécologue homme, 60 ans)

« Parce qu'il m'a prévenue que pour la ménopause, il fallait prévoir de prendre des choses qui peuvent aider par rapport aux changements. » (M.-T. 80 ans)

La ménopause est décrite par les professionnel.le.s comme un ensemble de modifications du corps, entraînant de nouveaux inconforts et maux qui sont propres aux changements hormonaux. Selon les professionnel.le.s la ménopause représente une période de la vie des femmes où les cancers (cancer du sein et du col), l'ostéoporose et les troubles vasculaires sont

des risques à prendre en compte. Le suivi au moment de la ménopause est alors synonyme de prévention et de dépistage contre ces risques accrus et moins axé sur l'aspect santé sexuelle. Cela renforce le discours négatif entourant la ménopause qui existe dans la littérature existante. Du point de vue émotionnel et psychologique, la ménopause est également le moment où les femmes se voient forcées d'accepter une nouvelle étape ainsi qu'un nouveau corps. En co-occurrence aux modifications physiques et aux impacts psychologiques que cela entraîne, la période de la ménopause est souvent accompagnée par divers chamboulements dans la vie sociale des femmes :

« C'est quand même un âge de la vie où il y a tout ça qui arrive. Et aussi, c'est peut-être une période où le couple est plus usé, les enfants qui quittent la maison... où madame a aussi arrêté de travailler pour s'occuper de la famille pendant quelques années et d'un coup elle se retrouve bête, un peu seule, où il faut retrouver un travail donc il faut les aider c'est pas facile. Et si en plus de ça, la ménopause est mal vécue... » (Gynécologue homme, 60 ans)

Comme nous le voyons dans cet extrait, la manière dont est perçue l'arrivée de la ménopause chez les femmes relève d'un discours négatif. Le discours entretenu par les professionnel.le.s met l'accent sur la prévention des risques et le maintien d'un suivi accru en raison de pathologies éventuelles. Dans cette logique, la période de la ménopause est enfermée dans une conception alarmante et préventive. Le discours entretenu et reproduit au sujet de la ménopause par les professionnel.le.s, s'explique également par le fait que la fin du cycle menstruel a longtemps été synonyme de déchéance, de deuil de la maternité ou de la perte de la féminité (Delanoé 2010). Afin de ne pas cristalliser nos propos autour de conceptions médicales qui ne proviennent pas directement des expériences des femmes, nous voulons nous intéresser à la manière dont cela est raconté par les femmes qui le vivent. Ces analyses peuvent donner des pistes pour améliorer l'accompagnement – notamment des gynécologues – face à de tels changements. Au travers de cinq entretiens effectués auprès de femmes âgées entre 50 et 80 ans, nous allons tenter de comprendre la manière dont elles traversent ces changements ainsi que leurs attentes du suivi en gynécologie à ce moment-là de leur vie.

2.1. La fin de la contraception est-elle synonyme de la rupture du suivi ?

Comme nous l'avons vu précédemment chez les jeunes femmes, l'entrée dans le suivi gynécologique est intimement liée à une prise de contraception. Chez les femmes entrant dans la ménopause, on note une différence dans l'approche du suivi au moment où la contraception n'est plus centrale. En effet, les femmes interviewées nous ont confié ne plus aller aussi

fréquemment chez leurs gynécologues en précisant que cela relevait du fait qu'elle ne prenait plus de moyen contraceptif :

« Par la suite ma réflexion ça a été : en fait le contrôle gynécologique tient, pour moi, par une ordonnance. Parce qu'en fait quand j'ai plus eu besoin de ma pilule, parce que j'ai fait une ligature des trompes, j'ai plus vraiment suivi mes rendez-vous gynécologues. J'étais plus tenue par un moyen contraceptif donc je me sentais plus en accord avec ce contrôle... » (C. 55 ans)

« Puis après en 1995 à 33 ans, j'ai fait la ligature puis voilà. Et puis, moi je suis pas très docteur, donc après j'ai un peu fait mes suivis comme on doit les faire, chaque année, et puis plus j'allais en avant, moins j'allais. Et là j'ai attendu 7 ans je pense avant de me dire bon ça serait pas mal... » (B. 61 ans)

Dans ces extraits, nous constatons que pour les femmes, le suivi gynécologique est souvent associé à la prise d'un contraceptif et de son renouvellement. Dès lors que la prescription d'un traitement contraceptif n'est plus présente au sein de la consultation, il semble que le besoin de s'y rendre n'est plus aussi présent qu'avant.

Néanmoins, dans le cadre gynécologique, la contraception comme axe central du suivi chez les plus jeunes, est remplacée par la possibilité d'une substitution hormonale qui permet aux femmes plus âgées d'atténuer les affections physiques et hormonales supposées, causées par la ménopause. Malgré la stérilité physiologique ou chirurgicale (dans le cas des femmes qui se font ligaturer les trompes ou qui ont subi une hystérectomie) des femmes dans la (pré)-ménopause, le suivi est à nouveau centré sur un traitement hormonal visant à pallier les effets biologiques de l'arrêt des cycles. Les deux gynécologues interviewé.e.s mettent l'accent sur les inconforts et l'augmentation des risques d'ostéoporose qui sont les conséquences de la diminution de sécrétion des hormones sexuelles féminines. Il est important de souligner qu'à cette possibilité de substitution chimique, s'ajoute des conseils sur des thérapies naturelles dans le discours des professionnel.le.s. Ainsi, le gynécologue dit avoir également recours à la phytothérapie pour certaines femmes dont les symptômes sont plus légers :

« [...] on a aussi des alternatives entre rien du tout et d'autres, on s'occupe moins nous, mais aussi l'acupuncture, l'homéopathie. Moi j'ai de la peine à y croire mais bon... » (Gynécologue homme, 60 ans).

La remise en question de l'efficacité d'autres thérapies (acupuncture, homéopathie, etc.) par ce gynécologue souligne la place donnée aux substitutions hormonales chimiques au moment de la ménopause dans le suivi gynécologique. Il est intéressant de constater, que malgré des retours positifs pour des thérapies alternatives par les patientes, il y a une non prise en compte des expériences personnelles. Cela est encore renforcé par les discours tenus par quatre des femmes interviewées qui disent ne pas vouloir être substituées par une thérapie hormonale :

« Donc de base j'aurais pas voulu de substitution mais en plus avec cette histoire de ma maman j'étais convaincue que j'allais pas rentrer là-dedans. » (C. 55 ans)

« Mais ça s'est bien passé, j'ai des bouffées de chaleur mais j'ai pas de traitement hormonal. Ça il m'en avait proposé mais j'avais trouvé... ben la dernière fois que j'étais allée chez lui, donc là j'avais encore pas vraiment de signes de ménopause, mais lui selon l'examen m'avait dit que j'étais entre préménopause et ménopause, alors est-ce qu'on commence un traitement hormonal. Et là j'ai dit non, il semblait que ça allait de soi, mais moi je me suis dit non, ça va pas de soi. Déjà, ça avait l'air logique pour lui, et j'ai dit non, en tout cas, pour le moment ça va je veux pas. » (B. 61 ans)

« Moi j'ai passé nickel ma ménopause, vers 53-54 ans. Du jour au lendemain, j'ai plus eu de saignement, ça s'est arrêté net. Plus de pertes, plus rien du tout. Nickel. Avant j'avais souvent mal à la tête, et depuis la ménopause, fini, plus mal à la tête. Plus rien. Du coup j'étais pas trop intéressée par les hormones et ça. Et pour dire franchement, je connaissais rien en ce temps. » (M.-T. 80 ans)

« Mais moi je voulais pas prendre, vu que ça faisait 30 ans que j'avais rien pris, qu'est-ce que je voulais reprendre qqch, c'était un peu bête. Et surtout qu'on sait que ces œstrogènes ça peut amener plein d'autres problèmes, donc je me suis dit non. [...] C'est là que j'ai changé, parce que c'est là, quand j'étais en début de ménopause, et que j'avais ces bouffées de chaleur, il m'a tout de suite donné des œstrogènes et j'ai trouvé dommage qu'il y ait pas d'autre approche que directement soit mettre des patchs soit autre chose. Et surtout avec aucune explication. » (S. 50 ans)

Dans ce dernier extrait, on peut souligner un sentiment de lassitude concernant la prise d'un traitement médicamenteux. C'est une impression qui revient chez la plupart des femmes (jeunes et plus âgées) interviewées dans cette enquête, ce qui souligne la forte médicalisation des femmes dans le champ de la gynécologie. Cela reflète également la responsabilité féminine à

gommer les effets physiologiques de leur cycle. Ces injonctions sociales concernant leur sexualité, ainsi que les normes temporelles qui accompagnent chacune des étapes de la vie des femmes, marquent profondément le discours des professionnel.le.s et représentent une pression sur les décisions de ces femmes. Les normes d'âge dans le suivi gynécologique permettent de standardiser et de cadrer les pratiques et les prescriptions des professionnel.le.s. Cette pression est fortement ressentie par toutes les femmes interviewées, qui dénoncent justement cette régulation. En effet, au moment où elles sont le plus fertiles, il faut se protéger des grossesses indésirées ; après les grossesses (où l'âge de procréer), il faut avoir recours à une contraception (à nouveau) ou une stérilisation médicale ; puis au moment de la ménopause, il faut contrebalancer la baisse de sécrétion hormonale pour effacer les effets du vieillissement. Pourtant chez les femmes interviewées, certaines sont très claires sur le fait de ne pas vouloir entrer dans une nouvelle forme de traitement. La notion de choix reste relative dans le cadre du suivi gynécologique où la substitution hormonale apparaît comme centrale comme c'est le cas dans le discours de M.-T. 80 ans :

« Quand je suis arrivée à un certain âge, il m'a expliqué qu'il y avait la sécheresse vaginale, qu'il existait des produits si ça faisait mal. Et un beau jour, il m'a dit qu'il faudrait prendre des hormones, vu que vous arrivez à l'âge de la ménopause. Et moi j'en savais rien de ce que c'était les hormones. Il m'a dit qu'il en avait au cabinet, et il m'a donné un peu, 1 ou 2 tablettes, et j'ai commencé ça. Et pis au bout d'une dizaine de jour, je me suis pas sentie bien. Mais dans un état pas possible. [...] . Quand la secrétaire m'a vue rentrer, dans quel état j'étais, elle m'a pris tout de suite. Et quand je suis rentrée dans la salle, le gynéco m'a dit tout de suite de jeter à la poubelle les hormones que je vous ai données. Alors j'ai tout foutu loin. Et après j'ai commencé à choisir des thérapies naturelles, la bourrache et l'onagre, et j'en ai parlé au gynéco, et il m'a encouragé à continuer ça. »

Là encore, le discours révèle la prise en charge de la ménopause essentiellement par la prescription d'un traitement hormonal. La prise en compte d'autres thérapies possibles arrive dans un second temps, une fois que le traitement hormonal s'avère nocif pour la patiente. L'absence de discussions sur les possibilités de traitement placent les femmes soit dans une situation qui les poussent à accepter la prescription par leur gynécologue, soit dans une attitude de refus qui doit être justifiée auprès des professionnel.le.s.

Sans nier l'efficacité d'un traitement hormonal, C. et B. disent ne pas avoir recouru à une telle thérapie en raison de symptômes minimes de la ménopause.

« Bon j'ai encore mes règles, mais je vois que je suis en préménopause parce qu'il y a des changements, mais franchement j'ai pas trop de problèmes. » (C. 55 ans)

« Donc voilà ma ménopause se passe relativement bien. On fait avec, après c'est pas handicapant. Je sais qu'il y a des femmes qui ont des gros soucis, de temps en temps je sens que j'ai chaud, la nuit je lève les draps mais c'est bon. À part ça, au niveau de l'humeur, du sommeil, le sommeil aussi tu sais que tu dors moins bien, je pense qu'il y a quand même... Moi j'ai pas tout ça, après je sais pas si dans ma tête je suis pas tout à fait à l'âge de mon corps, des fois je me dis que ça doit être ça. Mais je me fais pas de soucis pour mon ossature, et de me dire il faudrait que je fasse attention, j'ai l'impression que je laisse couler et on verra. Après peut-être que je suis pas très prudente et que je devrai m'informer, mais on verra bien. Mais j'ai pas l'impression que ça a chamboulé ma vie, que je change de personnalité ou de me dire que je passe dans la catégorie où la vie est compliquée, j'ai pas cette impression. Peut-être que dans 2 ans je suis au fond du bac. Mais peut-être que c'est aussi une façon de voir la vie. Après je fais en sorte de ... enfin je bouge et tout, mais je suis pas préoccupée. » (B. 60 ans)

Certaines expliquent également ce refus du traitement en lien avec les problèmes de santé qui avaient été mis à jour concernant les substitutions hormonales (Löwy et Gaudillère, 2006), d'autres disent ne pas avoir suffisamment de symptômes pour continuer un traitement à ce moment-là de leur vie. Ces deux extraits viennent contrebalancer les discours négatifs entretenus sur les changements liés à la ménopause de la part des professionnel.le.s. Pour ces deux femmes, la ménopause n'apparaît pas comme un tournant décisif tant concernant leur santé que leur vie sociale. Elles s'inscrivent davantage dans une logique non pas préventive, mais de constatation. Par cette conception, les femmes s'émancipent de la norme préventive et donc de la médicalisation de leur santé sexuelle. De ce fait, la décision de refuser un traitement hormonal représente pour elles une sorte de *rupture* avec suivi gynécologique. En effet, les autres options dites plus naturelles ou l'abstention thérapeutique ne nécessitent plus un contact étroit avec leurs gynécologues et leur permet d'espacer, voire d'arrêter toute forme de suivi :

« En fait, je le sentais pas, donc au début je me suis dit « Je vais pas cette année, je vais pas la deuxième année ». J'ai aussi beaucoup discuté avec ma meilleure amie qui n'allait plus faire vraiment des contrôles. » (C. 55 ans)

La sortie de la contraception, ainsi que la fin de la fenêtre procréative résultent en un espacement des contrôles puis un arrêt définitif de suivi gynécologique. Au lieu de représenter le déclin de la féminité, la ménopause apparaîtrait pour ces femmes comme un moment de libération de la norme contraceptive et donc conséquemment du suivi. Par leur entrée dans la ménopause, les femmes échappent à la norme procréative et peuvent légitimer leur sortie du suivi gynécologique. Cela reste surprenant au moment où les risques pour la santé sont les plus accrus (cancers, ostéoporose, troubles vasculaires). Néanmoins, les femmes en âge d'être ménopausée relèvent que le suivi médical standard chez leur médecin traitant est tout à fait adéquat pour ces dépistages précis et un suivi spécialisé en gynécologique n'est plus requis. De plus, les radiographies pour le cancer du sein se font en-dehors du suivi gynécologique et sont remboursées tous les deux ans. Cela souligne également ce qui a été discuté précédemment, à savoir que le suivi gynécologique est davantage centré sur la reproduction.

2.2. Le déclin de l'âge : autonomie forcée ?

Comme nous l'avons vu, pour certaines femmes interviewées, l'arrêt de la prescription d'une contraception semble diminuer le besoin de se rendre en consultation gynécologique. Dans le suivi gynécologique, le discours sur la ménopause porte plus précisément sur les risques en lien avec la santé (cancer, ostéoporose, problèmes vasculaires). Mais comme nous l'avons vu précédemment, la ménopause ne se limite pas uniquement à des maladies, mais porte également sur des atteintes physiques et des changements émotionnels qui sont parfois banalisés par les professionnel.le.s. La diminution des sécrétions hormonales engendre parfois des inconforts tel que des troubles du sommeil, des sécheresses vaginales, des problèmes urinaires ou encore des changements d'humeur et la baisse de libido. Autour de ces thématiques qui sont largement moins mentionnées, se créer un tabou qui résulte en une difficulté à en parler :

« C'est là que j'ai changé, parce que c'est là, quand j'étais en début de ménopause, et que j'avais ces bouffées de chaleur, il m'a tout de suite donné des œstrogènes [...]. Et surtout avec aucune explication. Mais il y a pas beaucoup de dialogue, il y a du dialogue que si tu as une maladie, donc si tu vas bien il y a rien du tout. » (S. 50 ans)

« La ménopause c'est aussi encore ... je suis pas sûre qu'aujourd'hui encore ça soit bien traité. Bon maintenant ça s'ouvre, quand on dit que les médicaments il faut pas les donner la même chose aux femmes qu'aux hommes, c'est quand même différent au niveau physiologique. Ça c'est très bien, et ça va certainement ouvrir d'autres champs et d'autres connaissances. Après voilà... C'est toujours difficile de discuter de ça avec les médecins. Ils sont pas très à l'écoute. » (J. 75 ans)

« Pour la ménopause, je pense qu'ils en parlent plus maintenant, mais moi au début c'était pas très bien expliqué. Mon gynéco avait dit qu'il y allait avoir des changements et que je devais me préparer mais c'est tout. Mais il m'a jamais redemandé comment ça se passait durant la ménopause. » (M.-T. 80 ans)

Le focus au moment de la ménopause se fait davantage sur les risques de maladies, pourtant les femmes qui viennent en consultation à ce moment-là, recherchent des informations globales et une discussion autour des options qui s'offrent à elles. C'est également pour se confier sur des problèmes liés à leur sexualité (plaisir, sécheresse vaginale, désir, libido) qu'elles se rendent chez leur gynécologue, mais les thématiques en lien avec la sexualité sont toujours aussi difficiles à aborder comme nous l'avons vu précédemment :

« Là c'était vraiment l'air de dire ça m'intéresse pas... vos problèmes de sexualité ça m'intéresse pas, c'est un peu simple. Du coup c'est vraiment « toi tu viens pour la pathologie » et jamais pour l'explication. J'aurais aussi voulu plus d'informations globalement. » (S. 50 ans)

« Par contre la grossesse c'est ce moment où tu es super suivie, le post-partum aussi, donc tout ce moment de la fertilité est super bien cadrée, et pis finalement, la préménopause aussi, mais dès qu'elles atteignent 60 ans, souvent ça devient un peu ... voilà. Souvent j'avais des femmes qui venaient et qui étaient un peu gênées quand je leur demandais qui était leur gynécologue traitant et qu'elles disaient c'est lui ou elle mais qu'elles ne l'avaient pas vu depuis un moment... et je leur demandais « un petit moment, genre une décennie » et souvent c'est ça... » (Gynécologue femme, 31 ans)

Par le manque de discussions autour des changements qu'elles vivent, les femmes sont souvent poussées à en parler ailleurs et à aller chercher des informations par d'autres canaux :

« Mais autrement pas trop de problèmes ou je savais où chercher des solutions, mais j'ai pas mal fait par moi-même. Parce que là, le gynéco... j'allais plus vraiment chez le gynéco, donc il a pas vraiment pu m'aider. [...] après j'ai eu des choses qui se sont passées au niveau émotionnel où j'ai fait un lien avec la préménopause, et j'ai fait de l'acupuncture par exemple, ça m'a bien aidée, mais par contre, vu que je suis d'une autre génération, j'en parle beaucoup avec mes copines. Donc il y a des discussions au niveau de mes amies, d'échange, de partage, « qu'est-ce que tu as essayé ? », donc ça c'est assez riche et les échanges peuvent aider. » (C. 55 ans)

« On fait avec, après c'est pas handicapant. Je sais qu'il y a des femmes qui ont des gros soucis, de temps en temps je sens que j'ai chaud, la nuit je lève les draps mais c'est bon. À part ça, au niveau de l'humeur, du sommeil, le sommeil aussi tu sais que tu dors moins bien, je pense qu'il y a quand même... J'ai vu qu'il y avait une émission sur la RTS y a pas longtemps sur la ménopause et je voulais la voir. Et disons que j'en discute avec mes amies, on se partagent nos expériences par rapport à soi. » (B. 61 ans)

Par le manque de spécificité du suivi gynécologique médical ainsi que la présence de tabous concernant certains troubles propres à la ménopause, la prise en charge pour cette classe d'âge apparaît comme étant lacunaire. La sexualité, comme nous l'avons vue, est difficile à aborder dans le cadre du suivi gynécologique. L'effet de l'âge joue également un rôle car les corps vieillissants, et encore plus ceux des femmes, sont décrits et dépeints de manière très négatives. Les stéréotypes sur la ménopause participent à la construction d'un corps ridé, vidé, et n'ayant plus d'utilité (Delanoé, 2001). La sexualité des femmes ménopausées n'est alors que peut mentionnée, et encore moins questionnée dans le cadre du suivi gynécologique, si ce n'est à l'aune de troubles. La cristallisation du plaisir féminin autour de la pénétration nourrit une fois encore le discours des professionnel.le.s. Ceci les pousse donc à cesser, de manière progressive, leur suivi et à s'informer en-dehors du cadre gynécologique médical, les conduisant ainsi à une autonomie forcée.

2.3. La ménopause : enjeu pour une prise en charge holistique

Comme nous l'avons vu avec les deux points précédents, l'entrée en ménopause représente pour les femmes rencontrées, une remise en question de l'importance du suivi gynécologique. Il est donc important pour nous de comprendre comment ces femmes envisagent les risques sur leur santé ainsi que la manière dont elles conçoivent le suivi de leur ménopause en-dehors du suivi gynécologique. Après avoir été suivies en tant que jeunes femmes, puis durant leurs éventuelles grossesses, la ménopause survient comme la fin d'une période de suivi rapproché. La fin des menstruations impliquent différentes affections qui dépassent le suivi gynécologique médical. En effet, il n'est pas uniquement question de pathologies ou de substitution, mais bien d'un changement dans la vie des femmes touchant à plusieurs sphères de leur vie. Toutes les femmes rencontrées en entretien, répondent que non, que le contrôle gynécologique n'est pas suffisant, ni adéquat et surtout, ne répond pas à leurs besoins :

« Bon moi, personnellement, j'aurais voulu que mon ancien gynéco m'explique la ménopause, la préménopause, plutôt que de juste me prescrire des hormones, qu'on me donne une alternative aux médicaments » (S. 50 ans)

« Et puis, parce que ça nous atteint quand même dans notre corps physique. Et pis est-ce qu'on présente, lors du suivi gynécologique, tout le panel d'entrée, ou si ça vient pas toujours de la femme qui va chercher ailleurs, se renseigner. Vu mon âge et ma période de vie où je suis toujours en préménopause je me dis ben pourquoi je vais pas voir quelqu'un pour l'alimentation, pour ci, pour ça. Même si mon gynécologue prenait le temps et que si j'avais des questions il y répondait, j'avais l'impression que c'était quand même minuté, dans le sens que lui il avait une journée à remplir et voilà. » (C. 55 ans)

Dans le premier extrait, nous constatons l'envie de comprendre les changements physiologiques, ce qui correspond aussi à une volonté de connaître son corps et ce qui s'y déroule. La mésinformation autour de la ménopause s'ajoute à l'invisibilisation des personnes âgées, notamment sur des questions relatives à la sexualité. Remettre la ménopause au centre des discussions permet de rendre visible des processus longtemps ignorés.

La mention d'un suivi spécialisé pour la ménopause revient fréquemment lors des entretiens. Cela révèle un besoin de spécifier l'accompagnement et de le séparer de ce qui vient avant : la contraception et les grossesses. Il semble que les attentes exprimées par les femmes interviewées portent davantage sur des discussions, du partage et des informations (options thérapeutiques variées, prise en charge globale). En cela, les patientes décrivent moins des besoins médicaux et plus une logique de transmission et de partage. En marquant la rupture entre ces différents moments de leur vie, cela permet aux femmes en ménopause de se sentir écoutées et prises en charge de façon particulière et de cibler les thématiques propres à ce moment de leur vie. De cette façon, un suivi davantage centré sur leurs besoins pourrait être proposé intégrant également une prise en charge pluridisciplinaire. C'est ce qui ressort notamment de l'entretien avec C. 55 ans, qui mentionne un bien-être global, incluant des informations sur la diète, le sport, et d'autres thérapies naturelles. Dans son discours, J. 75 ans parle des bienfaits d'un suivi spécialisé :

« Ah... il n'y a pas de commune mesure (rire). Ils sont au courant, ils prennent plus le temps vous voyez. Et moi, ça m'a rassuré de voir qu'ils donnaient plein d'informations

sur la ménopause, parce que jusque-là, il y avait pas grand-chose. Alors moi je veux plus retourner en arrière. ».

Nous pouvons donc nous poser la question si ce manque de spécificité chez les femmes en âge de la ménopause peut expliquer la tendance à la rupture, ou du moins à l'espace des suivis. Il n'y a que très peu d'informations en termes de statistiques sur ce sujet, néanmoins, dans l'enquête suisse sur la santé datant de 2017¹⁸, nous pouvons observer qu'à partir de 50 ans, les femmes ont tendance à espacer davantage leurs suivis, et que chez les femmes de 60 et plus, cela représente plus de 35 % de la population. Cet effet peut également être expliqué par les recommandations cantonales, qui prescrivent un contrôle chaque trois ans pour les femmes en bonne santé à partir de 50 ans. Malgré le manque d'enquêtes quantitatives à ce sujet, cette tendance a été mentionnée par la gynécologue : « *Tu rattrapes des femmes, qui pour certaines, n'ont plus vu de gynéco depuis 10 ans... surtout des post-ménopausées, parce que finalement, j'ai malheureusement pas de chiffres, mais il y a quand même une tendance...* » et qui ressort également au travers des entretiens avec les femmes rencontrées. La ménopause comme moment de rupture dans le suivi vient souligner le manque de prise en compte d'un besoin grandissant d'informations diverses en lien avec leur vie sexuelle pour les femmes arrivant vers l'âge de 50 ans. Ce désintérêt fait également ressortir la marginalisation d'une population vieillissante, face à une société qui se veut rapide, efficace et dans le rendement (productif et reproductif).

Après avoir identifié et analysé les spécificités des suivis pour les jeunes femmes et les femmes ménopausées, nous constatons que le suivi gynécologique, bien que différent, suit des mêmes tendances entre les deux groupes d'âge. Cela reflète les processus de socialisation et l'incitation progressive à faire perdurer le suivi jusqu'à la fin de leurs vies.

La fréquentation, plus ou moins, régulière des femmes chez un.e gynécologue tend à normaliser cette forme de suivi assidu de leur santé sexuelle et génésique. La spécificité d'un tel suivi chez les femmes, et uniquement chez les femmes, induit un déséquilibre quant à la prise en charge des risques en lien avec la sexualité. Au travers des normes, injonctions et prescriptions médicales, genrées et sociales, les femmes sont projetées dans une prédisposition « naturelle » dans la gestion de la sexualité et de ses pratiques. Au travers des entretiens recueillis, nous décelons en trame de fond un discours hétérocentré de la sexualité pénétrative qui tend à responsabiliser les jeunes femmes. Les discours tenus par les professionnel.le.s (rencontré.e.s

¹⁸ Figure 1 dans « Annexes »

et selon les femmes interviewées) viennent appuyer le devoir qu'ont les jeunes femmes à anticiper et gérer les problèmes liés à une sexualité active mais également à éduquer leur partenaire masculin.

3. La responsabilisation sexuelle

Le suivi gynécologique permet d'initier un contrôle régulier chez les femmes dès le premier coït introduisant un espace où la prévention et la médicalisation de la sexualité sont privilégiées et renforcées. Dans le suivi, ce moment marque l'introduction de la norme hétérosexuelle qui sera ensuite renforcée tout au long du suivi. Ce lieu consacré à surveiller et prévenir toutes anomalies, infections ou maladies, implique une éducation particulière par rapport à son corps mais également par rapport aux relations sexuelles. Evidemment, la gynécologie n'est pas la seule instance d'éducation sexuelle, mais par son expertise et sa fréquence, elle revêt un rôle majeur dans l'imposition des normes quant aux pratiques sexuelles. La responsabilisation sexuelle englobe différentes modalités. Tout d'abord cela passe par un quadrillage normatif des pratiques sexuelles qui est renforcé par le discours des gynécologues ainsi que par le domaine de la recherche et l'industrie pharmaceutique. Les injonctions sociales concernant les grossesses indésirées reposent justement sur l'accès à la contraception pour les femmes, leur permettant de disposer de leur corps comme elles l'entendent. Cette révolution des années 1970 apporte dans son sillon une prise en charge lourde de tout le processus anticonceptionnel. Du point de vue pharmaceutique, il a été démontré que le développement de pilule contraceptive pour hommes ne représente pas un intérêt, ni social, ni économique pour les chercheurs (Tuana, 2006), et malgré quelques avancées sur des moyens contraceptifs masculins (préservatif, contraception thermique, vasectomie réversible, andro-switch) ceux-ci restent largement méconnus et très peu utilisés. Le discours de professionnel.le.s renforcent cette tendance à la normalisation d'une contraception féminine par un manque d'information et de transmission sur d'autres moyens contraceptifs et sur le rôle actif des partenaires masculins concernant ce sujet.

D'autre part, la santé sexuelle repose sur la prévention des risques contre les infections et les maladies sexuellement transmissibles. Les femmes, par la fréquence de leur rendez-vous gynécologique, sont davantage sensibilisées aux symptômes et aux biais de transmissions des IST/MST. Dans cette logique, elles développent également une meilleure connaissance de leur corps et de leur physiologie que leurs pairs masculins. La responsabilisation induit également

qu'elles ont la charge de réduire les risques mais également de suivre les recommandations des dépistages.

3.1. La charge mentale féminine

Comme nous l'avons vu, la prescription de normes préventives et genrées sur la sexualité, implique que les femmes ont une vision « à risques » de leur sexualité. La notion de contrôle et de surveillance de leurs symptômes éventuels fait pleinement partie de la vie sexuelle des femmes (Quéré, 2019). Cela peut être apparenté à un sentiment de charge mentale au niveau de la sexualité revient fréquemment au travers de la prise de contraception. En effet, comme nous l'avons vu, ce sont les femmes qui sont le plus à mêmes de prendre une contraception (hormonale ou non-hormonale) et d'en être responsables tant dans la compliance au traitement que dans la gestion des effets secondaires. Mais la charge mentale entre également en compte dans la connaissance des risques et des biais d'infection, les poussant alors à mieux se connaître et à développer une responsabilité plus grande que leurs partenaires masculins. Selon les femmes interviewées, il existe effectivement un décalage assez important entre hommes et femmes concernant la prévention sexuelle et dans la prise en charge économique :

« Avec mon copain, c'est cool on a pu en parler et on partage les coûts, mais dans mon entourage c'est pas la norme. Mais je trouve que hommes sont pas du tout à 100% conscient de leur corps ouais. » (M. 20 ans)

Les femmes interviewées dénoncent cette responsabilisation qui les pousse à développer une logique de contrôle, de surveillance et de méfiance dans leur sexualité. Nous constatons que toutes soulignent également le manque de prise en charge et de recherches d'informations de leurs partenaires masculins, ce qui aboutit donc à un déséquilibre entre les partenaires dans la prise en charge des risques. Dans le discours des professionnel.le.s le partenaire masculin n'est jamais mentionné lors de la prise en charge mentale ou économique des moyens de contraceptions. Cela est relevé par une des jeunes femmes interviewées :

« Et aussi pour la contraception... je sais pas peut-être aussi que ça peut venir de la gynéco qu'on peut parler de ça et que c'est l'affaire des deux, et que c'est pas à la femme de tout prendre en charge. » (S. 23 ans).

Le partenaire n'est pas non plus présent lors des discours préventif (IST, grossesse). En revanche, dans les propos recueillis par les femmes ménopausées, le mari est mentionné lors de la décision concernant une ligature des trompes. Dans une logique d'héritage du patriarcat, où c'est le mari qui devait donner la permission à sa femme pour prendre une contraception ou de

subir une intervention chirurgicale de stérilisation, cette mention nous rappelle le caractère précaire des droits des femmes sur leurs corps. Ces questions se retrouvent notamment dans les entretiens avec les femmes rencontrées lors de notre enquête :

« Mais c'est clair que c'est 100% le business de la femme. Et aussi tous les tests que j'ai dû faire qui sont liés à des infections et qui sont aussi chez les hommes. Et c'est moi qui doit payer... et c'est injuste. Et aussi pour la contraception... je sais pas peut-être aussi que ça peut venir de la gynéco qu'on peut parler de ça et que c'est l'affaire des deux, et que c'est pas à la femme de tout prendre en charge. Et aussi dans l'éducation sexuelle, d'encourager les hommes à réfléchir sur ça. Ben moi je trouve que les hommes devraient être obligés de réfléchir sur leur corps, comme nous on doit le faire. » (S. 23 ans)

« Comment tu vis le fait d'avoir cette responsabilité ? - Ouais ben moi j'ai toujours été fâchée contre ça, mais heureusement, dans la vie on dit qu'on peut compter que sur ça, c'est triste mais c'est vrai. Après tu vois, quand j'avais 17 ans, mon copain, je venais de le connaître, je suis toujours avec maintenant. Mais c'est des choses, ben voilà, pour être sûre à 100%. Et le préservatif c'est sympa mais... » (M. 25 ans)

« Je me suis rendue compte qu'en fait la femme n'a pas le choix, c'était que la femme qui prend un moyen de contraception, à part les préservatifs qui de mon expérience, à long terme, c'est pas top, il y a des accidents qui peuvent arrivés. On est responsable, de dire que si on oublie notre pilule, qu'il y a un accident qui arrive, on doit décider de l'interruption de grossesse par rapport à notre corps, après la décision se prend à deux. » (C. 55 ans)

Les femmes, étant plus largement informées des risques et subissant un contrôle rapproché sur leur santé sexuelle, elles se voient plus facilement remettre à l'ordre par les professionnel.le.s (gynécologues, pharmacienn.e.s) en cas de prise de risque, d'accidents ou de méconnaissance de leurs corps. La mise en garde contre une grossesse non-désirée ou contre les IST appuient, une fois encore, la bonne conduite sexuelle attendue des femmes. Cela renforce les injonctions sociales en lien avec la sexualité et renvoie les femmes à une vision à risque de leur sexualité.

« En pharmacie c'était une horreur, ben je suis allée à une pharmacie entre les cours et je suis arrivée et j'ai demandé la pilule du lendemain et la dame qui était à la caisse m'a dit qu'elle ne pouvait pas me la donner et j'ai demandé pourquoi... et elle m'a dit parce que ça ne se prend pas comme ça. Donc elle a appelé la pharmacienne et elle

est venue, j'ai été dans son bureau derrière et je me suis faite engueulée, elle m'a dit pourquoi tu ne prends pas de moyens de contraceptions et j'ai dit ben j'ai mis un préservatif mais il a cassé et elle m'a dit « Ben maintenant il faut se protéger autrement ». Elle m'a aussi engueulée par rapport aux IST. Tu ressorts de là tu culpabilises alors que ... ouais ben ça arrive. Et elle m'a clairement jugée et moi ce que j'ai retenu c'était ben il faut se protéger et pis j'ai dit que j'avais utilisé un préservatif et elle m'a dit que ça suffisait pas. » (M. 20 ans)

« Après un truc qui m'a un peu dérangé, c'était qu'elle était assez, enfin pas beaucoup de tact... et une fois, j'avais déjà commencé les soins infirmiers, et je suis allée faire un contrôle où elle m'a palpé les ovaires, et il y a en un roule, et je dis « c'est quoi ça ? », et elle me dit que c'est un ovaire et que c'est normal que ça roule et elle me dit « Tu connais pas ça ? »... et j'étais là, ben je suis pas gynéco et juste informe moi. » (L. 25 ans)

Cela implique donc aussi une forme d'éducation de leurs partenaires, tant dans la connaissance de leurs corps, que dans les risques. Il serait intéressant de questionner l'impact psychologique et physique de cette « hyperresponsabilisation » féminine sur le plaisir, le désir et l'épanouissement sexuel des femmes.

3.2. De l'hyperresponsabilisation contraceptive à la stérilisation précoce

Durant les entretiens avec les femmes plus âgées, quatre sur cinq ont mentionné le recours à une stérilisation chirurgicale (ligature des trompes) comme forme de contraception. La ligature des trompes, contrairement à la vasectomie est un acte chirurgical irréversible, fermant ainsi définitivement la fenêtre procréative pour ces femmes. Le fait d'accepter la stérilisation chirurgicale chez des femmes encore en âge de procréer comme alternative à la contraception représente un paradoxe dans les discours professionnels. Il a été démontré dans des travaux de recherches (Déchalotte, 2017), que les femmes nullipares qui décident ne pas vouloir d'enfants et qui demandent à être stérilisée à un jeune âge, se voient refuser cette intervention chirurgicale. Ce discours normatif est retrouvé dans l'entretien effectué avec le gynécologue :

« Parce-que des fois elles nous disent : « Enlevez-moi tout ». Alors c'est clair que tout enlever c'est bien gentil quand ça se passe bien, mais bon déjà c'est une opération, et souvent c'est quand même un arrêt de travail assez conséquent entre 3 et 6 semaines donc moi je suis vraiment très dur. Je n'opère pas tant qu'on a pas essayé le reste. Je n'opère pas tant qu'on a pas essayé le reste. J'ai des jeunes de 22 ans qui m'ont déjà

demandé de tout enlever comme ça « J'ai plus de problèmes de contraception » Oui c'est vrai, elles ont raison, mais je veux dire ... je suis pas sûr qu'à 22 ans on sache si on veut faire des bébés ou pas.» (Gynécologue homme, 60 ans)

Les arguments qui motivent cette contre-indication médicale reposent sur une infantilisation des patientes, prônant le fait que cette décision est probablement temporaire et que le professionnel.le.s ne se voient pas recourir à une telle intervention chirurgicale en cas de non-pathologie (Déchalotte, 2017). Ce discours apparaît ambivalent car d'une part, il réfute aux femmes nullipare le droit de disposer de leurs corps librement selon une logique de norme procréative, et d'autre part, cette « volonté »¹⁹ est respectée dans le cas des femmes ayant déjà eu un ou plusieurs enfants ce qui souligne une logique d'accomplissement de la féminité. Ce discours renvoie donc à une vision patriarcale de la santé génésique des femmes, et renforce une fois encore, les inégalités de genre face à la prise de décision individuelle dans le cadre d'un couple :

« Une discussion avec mon mari pour savoir ce qu'on allait faire. Donc un petit peu les préservatifs, puis ensuite, un peu l'entêtement de faire comprendre à mon chéri que ... tu veux continuer avec les préservatifs alors que c'était pas non plus super top dans les relations je trouve, à long terme c'est un peu... voilà c'est pas top. Et donc une discussion qui s'ensuit, et là, ben il me dit clairement que lui il a pas envie d'aller faire une vasectomie, vu son parcours de vie, donc comme il lui est arrivé certaines choses, il dit « Ben moi je sais pas ce que la vie me réserve, j'ai pas envie de couper ça », ok... je l'ai un peu mal pris dans le sens où j'avais pris des moyens de contraception jusque-là, donc j'étais un peu fâchée et je me suis un peu entêtée en me disant ben ok, continuons avec les préservatifs et quand t'en auras bien marre, ben peut-être que la décision viendra de toi. [...] Donc suite à ça, il m'a proposé de l'enlever sous anesthésie, et j'ai dit ok et quand je suis arrivée à la maison ma réflexion a été : si je dois passer sur le billard pour enlever ce stérilet, est-ce que je fais pas une ligature des trompes. Donc j'ai pris la décision de passer sur le billard et de faire la ligature, la question était réglée. Moi je dirais vers 35-36 ans, par-là, c'est un peu vague, mais dans ces eaux-là. Avant 40 ans. [...] Il m'a quand même dit que chez les hommes on

¹⁹ Ce terme est mis entre guillemets, car comme le montre les extraits d'entretien, c'est davantage un dernier recours qu'une décision de premier choix.

pouvait revenir en arrière. Et que pour moi c'était ok parce que même si je perdais mes enfants, j'allais pas en refaire. » (C. 55 ans)

« Un beau jour j'ai dit j'en ai marre. Et puis j'ai dit « J'ai deux enfants, j'en veux pas plus », alors j'ai fait l'opération. (Donc la ligature des trompes ?) Ouais. J'ai fait ça vers les 30 ans. Et moi j'en avais causé à mon mari mais il était pas d'accord de faire lui. Alors comme il voulait pas, j'ai dit ben je ferai moi. » (M.-T. 80 ans)

« Alors, franchement, même qu'il trouvait que j'étais peut-être un petit peu jeune, entre guillemets, mais avec 4 grossesses, et puis voilà il y avait aucun soucis. Pis en discussion avec mon mari, maintenant je suis divorcée depuis 2007-2008. C'était quand même de mon côté, parce que voilà moi j'étais sûre de plus en vouloir, et lui il se disait on sait jamais s'il arrive un couac et que je refais ma vie... Il me semble que chez les hommes c'est moins compliqué. Après ben voilà, au moins j'étais tranquille. Avec la pilule j'étais quand même pas très okay de la prendre encore pendant des années, j'avais pas très envie de ça. C'était la solution. Puis après en 1995 à 33 ans, j'ai fait la ligature puis voilà. » (B. 60 ans)

Ce qui nous a marqué dans ces extraits sont les âges auxquels ces femmes se sont faites stérilisées. En effet, le recours à la stérilisation médicale a été mentionné chez toutes les femmes interviewées avant ou vers l'âge de 40 ans, et sur cinq, quatre ont eu recours à une ligature des trompes. Derrière cette décision, on perçoit un discours normatif sur l'âge de la conception (Charlap, 2014). Au sein des revues médicales suisses²⁰, on retrouve le terme de grossesse tardive, remplaçant le terme contesté de grossesse gériatrique, dès l'âge de 35 ans. Cela vient renforcer l'idée que les femmes doivent suivre un rythme bien précis comparativement à leur partenaire masculin pour qui la période de procréation est élargie. Ce qui est aussi important de relever dans ces extraits repose sur l'argument qui est avancé par les conjoints et qui repose sur l'idée de ne pas fermer les opportunités d'une nouvelle paternité ou de la création d'un nouveau foyer. Cela souligne également la place de la mère dans le foyer, suggérant qu'elle, doit assumer coûte que coûte la charge familiale. L'autrice féministe matérialiste Christine Delphy (2003) dit : *« Cependant, ce sont les femmes qui assument l'essentiel des devoirs vis-à-vis des enfants en ce qui concerne les soins matériels à leur apporter – ce que j'appelle l'entretien – leur éducation et leurs loisirs. [...] Par ailleurs, devenir mère est un élément déterminant de statut*

²⁰ <https://www.unisante.ch/sites/default/files/upload/imco/imco2022-gr29-abstract-poster.pdf> ; <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-456-57/gynecologie-obstetrique-suivi-des-grossesses-chez-les-femmes-agees-de-plus-de-40-ans-et-apres-don-d-ovocytes>

social, de respect par son entourage, pour une femme ; mais cet avantage est mitigé par le soupçon qui pèse sans cesse sur elle qu'elle ne mérite pas son statut, qu'elle n'est pas assez bonne mère. » (p.37). Selon cette logique, on sous-entend que la femme reste la seule responsable de la vie familiale et domestique et que l'homme, lui, peut envisager une vie à l'extérieur de ses responsabilités familiales. Lors des discussions concernant cette « décision », très peu de gynécologues mentionnent la vasectomie pour le partenaire, intervention pourtant réversible. Nous constatons donc que malgré la prise en charge durant toute leur vie de la contraception, c'est une fois de plus aux femmes que revient la responsabilité de trouver des solutions après avoir eu des enfants. Toutes mentionnent que l'utilisation du préservatif n'est pas envisageable à long terme, et qu'elles ne supportent plus l'idée d'avoir à nouveau recours à une contraception.

3.3. Entre indifférence et stigmatisation des effets iatrogènes

Lors de la prise de contraceptif, nous avons vu que les différents effets secondaires que cela implique ne sont que très peu discutés avec les gynécologues. Il s'agit donc de trouver une contraception qui convient le mieux à la patiente. Dans ce discours, on retrouve une logique de contentement, et de « *savoir par quoi elles veulent passer* » (Gynécologue homme, 60 ans) qui présupposent que les femmes doivent faire un choix contraint entre effets indésirables et bienfaits de la contraception :

« Je sais qu'il a peut-être pris une pilule qu'il avait dans son armoire, de représentant pour la tester. Par la suite, j'ai assez bien supporté cette pilule et en fait pas tellement d'informations quand même. Pas d'informations au niveau de ce que peut faire la pilule, des effets indésirables, enfin non. » (C. 55 ans)

« Il m'avait expliqué que de toute façon, tous les moyens de contraception avaient des effets secondaires et pis en soit, en 20 minutes il m'avait prescrit ce truc et puis au revoir. » (M. 20 ans)

« Mais il y avait vraiment aucune information de tous les symptômes que tu pouvais avoir si t'allait pas regarder. À l'époque le médecin c'était vraiment « Dieu », il te donnait, et tu disais « Oui, Amen » et voilà. C'est vrai que maintenant, tu peux aller te renseigner par toi-même, mais eux ils restent un peu dans le cliché de ce que je dis c'est ça et voilà. » (S. 50 ans)

Quand il s'agit de la contraception en jeune âge, on voit une forme de banalisation des effets secondaires de la part des professionnel.le.s. Le fait de ne pas pouvoir en parler en consultation,

pousse les jeunes femmes à aller se renseigner ailleurs, mais également à intérioriser la normalité des effets indésirables les plus fréquents (acné, prise de poids, prise de cellulite, baisse de libido, douleurs augmentées ou diminuées, arrêt des cycles).

Pourtant ce discours dénote avec la stigmatisation des changements hormonaux qui surviennent vers la ménopause. En effet, au-delà de l'arrêt des menstruations, la ménopause est cristallisée autour des effets physiques et psychologiques qui en découlent. La substitution médicale, largement encouragée par les professionnel.le.s de la santé, offre justement une contrebalance de ces effets négatifs sur le corps, effets relativement similaire à la prise d'une contraception pour les plus jeunes. Contrairement à la stigmatisation de la ménopause chez les femmes, l'andropause reste largement méconnue, et très rares sont les hommes qui ont recours à un traitement substitutif (Vinel, 2007). Pourtant, l'andropause se manifeste, tout comme la ménopause, par différents symptômes, notamment des troubles sexuels, des bouffées de chaleurs, des troubles du sommeil et des pertes de mémoire mais qui restent tabous (Vinel, 2007 ; . Face à cette contradiction, les femmes en âge d'être ménopausées doivent faire face à une représentation stigmatisante de ce moment de leur vie, synonyme d'hypersensibilité, de fragilité et de « perte de féminité » (Delanoé, 2001). La banalisation de ce focus sur la santé des femmes renforcent davantage la logique de médicalisation de la sexualité féminine et représente un enjeu structurel concernant la charge mentale des femmes.

La fréquentation, plus ou moins, régulière des femmes chez un.e gynécologue tend à normaliser cette forme de suivi assidu de leur santé sexuelle et génésique. Comme nous l'avons vu en introduction, la gynécologie est une discipline particulière notamment par son objet d'étude : le sexe. Une relation de confiance et la notion de consentement semblent être de mises dans un tel suivi où la relation asymétrique est augmentée entre les patientes et les professionnel.le.s. Néanmoins, lors des entretiens effectués dans le cadre de cette enquête, la mention de certains comportements violents a révélé les limites d'un tel suivi.

4. Intériorisation des comportements violents envers les patientes

Durant mes entretiens, lorsqu'il est question du suivi, les femmes restent centrées sur leur histoire gynécologique. Elles passent en revue leurs contraceptions, les dépistages, le vécu de leurs grossesses et du suivi à partir de la ménopause. La plupart décrivent une relation thérapeutique non-violente, tant dans les actes physiques que dans les discours. Toutes les femmes, sans considération de leur groupe d'âge, relèvent parfois des discours moralisateurs ou le non-respect de leurs décisions, qui sont contraires au code déontologique, sans toutefois

décrire cela comme une action violente dans leurs expériences. Néanmoins, au cours des entrevues avec les femmes, par la mise en place d'une relation d'enquête et une mise en confiance, la parole se libère sur certains moments inconfortables. Au moment de ces témoignages qui peuvent s'avérer délicats en entretien, nous avons adopté une posture d'écoute attentive et d'empathie. Nous avons rappelé que si elles ne se sentaient pas à l'aise d'en parler, ou qu'elles avaient besoin de temps ou de quitter l'entretien, elles pouvaient le faire sans problème. De façon systématique, nous avons terminé les entretiens par cette question : *Est-ce que tu/vous voudrais/voudriez rajouter quelque chose ?* En posant cette question, nous ouvrons l'espace pour un discours encore plus personnel, plus profond, car cela arrive en fin de discussion sans pour autant adresser directement les violences gynécologiques. Cela permet aux femmes interviewées de revenir sur des choses qui les ont le plus marquées dans leur suivi. L'environnement bienveillant lors des discussions a permis de faire émerger un discours plus difficile, remuant parfois des expériences sensibles et marquantes. La référence au terme « violence » est très difficile pour les femmes interviewées. Dans son article sur les violences obstétricales et gynécologiques, l'autrice Rachelle Chadwick (2021) rappelle que ces formes de violences constituent aussi un cadre de violence épistémologique. La violence épistémologique contraint le silence sur ces violences spécifiques et invisibilise les voix qui s'élèvent au travers du cadre normatif et légitime qu'impose le savoir scientifique. La difficulté à nommer ces pratiques abusives représente un réel enjeu pour les patientes pour pouvoir les dénoncer et les adresser. L'autrice rappelle également le caractère intersectionnel des inégalités face à ces violences, donnant une visibilité à des personnes marginalisées telles que les femmes racisées et pauvres. Cet article permet de donner une piste explicative concernant la réticence à nommer et exprimer ces épisodes traumatiques face à un discours expert et scientifique légitime et reconnu. Dans ce contexte, la dénonciation paraît difficile face à une institution aussi forte. La relation asymétrique entre patientes et professionnel.l.e.s semblent donc s'accroître, ce qui tend à délégitimer les éventuelles plaintes des patientes face à des experts.

4.1. Le contrôle gynécologique : « un mauvais moment à passer » ?

Dans le but de comprendre ce que les femmes vont chercher dans le suivi gynécologique à ces deux moments précis, nous leur posons la question : *Pour vous, le suivi gynécologique est synonyme de quoi ?* En plus de leurs besoins et de ce qu'elles y trouvent, apparaît la notion d'obligation du contrôle gynécologique :

« C'est vraiment pour mettre le « vu » comme pour le reste, j'ai été chez le gynéco, j'ai été chez le dentiste... Mais c'était vraiment, vraiment en allant pour me dire comme quoi c'est ok. Comme l'hygiéniste. C'est bon pour l'année. » (S. 50 ans)

« Pour moi, c'est vraiment un mauvais moment à passer le suivi. » (M. 25 ans)

« Maintenant, ça me coûte d'aller. » (M.-T. 80 ans)

« Ben en fait, je me suis jamais posé la question du consentement. Moi j'y vais chaque année et c'est le truc par lequel il faut passer. C'est jamais très agréable mais tu sais que c'est une fois et voilà. » (L. 25 ans)

Il est intéressant de voir que cela ressort chez les femmes plus âgées et également chez les plus jeunes. On observe donc une intériorisation de la norme du contrôle gynécologique malgré le fait que cela ne soit pas « agréable ». Cela révèle une forte normalisation de la contrainte que subissent les femmes dans le champ gynécologique. En effet, par la fréquence, l'examen intrusif et la notion de contrôle qui entourent le suivi, les femmes sont inscrites dans une logique d'acceptation d'évènements qui contrarient pourtant leurs besoins et leurs envies. L'intériorisation de cette contrainte paraît primordiale afin de comprendre comment s'installent et surviennent des violences dans le cadre d'un contrôle gynécologique. En effet, dans le discours tenu par une participante, cette phrase nous a profondément marquée :

« Ben j'ai l'impression que ça va de soi, c'est qu'à partir de moment que je suis là, que je viens pour un contrôle de frottis annuel, j'ai décidé donc je suis déjà consentante. » (C. 55 ans)

Ce que suggère cet extrait apparaît problématique dans la conception du consentement, notamment dans une relation thérapeutique. La notion de consentement dans la relation médicale apparaît tardivement dans les revendications des mouvements sociaux et prend ses racines dans le mouvement féministe américain au travers du *Women's Health Movement* des années 1960. À partir de ce moment, le consentement apparaît comme la *clé de voute de la relation médicale* (Quéré, 2016). Dans nos entretiens plusieurs femmes rapportent le fait de se rendre au rendez-vous gynécologique comme la seule condition de consentement pour tout ce qui survient dans ce cadre. Le consentement dans le milieu médical est une thématique importante dans la littérature traitant des violences gynécologiques et obstétricales. Nous pouvons nous référer au texte de Lucile Quéré (2019), qui traite des formes de consentement au sein du suivi gynécologique. Dans son article, l'autrice propose une typologie des formes de

consentement au travers de l'analyse de la conscience de leurs droits par les patientes : cadres conformiste, contractualiste et féministe : « *Le cadre d'interprétation conformiste en gynécologie repose sur une vision impliquant une division nette entre les patientes et les professionnelles de santé. Ces patientes « obéissantes » délèguent entièrement leur parcours gynécologique à leurs soignantes. Pour elles, les gynécologues détiennent un savoir unifié, spécialisé et scientifique qui leur donne le monopole de la décision et de la pratique de soin. [...] Le deuxième cadre d'interprétation, appelé contractualiste, reflète l'idée d'une relation « particulière » entre la gynécologue et la patiente, fondée sur un contrat selon lequel les attentes des patientes à l'égard de leurs soignantes doivent être respectées. Patientes et gynécologues ont ainsi des devoirs et des responsabilités réciproques. [...] Les femmes mobilisant le cadre d'interprétation féministe estiment que les rapports de pouvoir se retrouvent dans toutes les relations entre médecins et patient-e-s, mais qu'ils sont particulièrement présents en gynécologie étant donné que cette spécialité médicale a pour objet le corps des femmes, lesquelles subissent une domination spécifique dans une société patriarcale.* » (pp. 419-421).

Son analyse se base également sur les « conditions sociales d'adhésion à ce cadre ». Ces cadres d'interprétations nous permettent de comprendre comment les femmes perçoivent et revendiquent, ou non, leurs limites. Néanmoins, dans notre corpus, les frontières entre les différentes typologies ne sont pas si étanches. Pour prendre l'exemple du discours tenu par C. 55 ans, nous constatons que dans l'extrait précédent, elle s'apparente davantage au cadre conformiste en acceptant sans conditions les actes du suivi gynécologique selon la logique « j'y vais donc je suis consentante ». Pourtant, si l'on reprend son discours global sur le suivi, elle dénonce et se montre réticente à la connaissance absolue du médecin qui primerait sur ses propres décisions, comme cela est décrit dans le cadre conformiste. De ce fait, son discours relèverait davantage du cadre contractualiste avancé par l'autrice, qui repose sur un accord tacite entre les deux protagonistes et qui reste conditionnel tout au long du suivi. Les catégories proposées par l'autrice apportent un moyen de comprendre les variations quant aux ressentis des femmes suivies en gynécologie. Dans notre corpus, les frontières entre ces catégories semblent moins étanches. Comme vu précédemment, au même que l'autonomie est conditionnelle selon les sujets abordés, il semble que les réactions des patientes par rapport aux discours professionnel.le.s sont elles aussi variables selon les thématiques.

Il est nécessaire de rappeler que le consentement doit être demandé à chaque étape de l'auscultation par les professionnel.le.s et que cela ne va pas « de soi » (Article 3 du Code de déontologie – *Principes du traitement*). Ce que souligne C. 55 ans, au moment de notre entretien

met également en avant la banalisation de la gêne ressentie lors des examens gynécologiques. En effet, comme nous l'avons déjà vu dans le texte de Amsellem-Mainguy (2011), il est difficile de dépasser le malaise entourant l'auscultation, gêne qui est également soulevée par une des femmes rencontrées :

« Et tu sais, depuis la jeunesse, c'est toujours resté que je suis gênée d'écartier ces jambes... Je pense que c'est un peu le lot de toutes les femmes. » (M.-T. 80 ans)

Ces témoignages soulignent également que le suivi gynécologique, par son introduction tôt dans la vie des femmes, n'est plus questionné, ou que rarement. Les expressions « cela va de soi » ou « c'est le lot de toutes les femmes », montrent une forme de naturalisation, de besoin inné, de cette forme de suivi. Il nous importe de rappeler que, comme vu précédemment, l'entrée dans le suivi gynécologique chez les jeunes femmes est synonyme de socialisation et de normalisation de pratiques médicales relativement récentes. Cette socialisation spécifique passe aussi par la normalisation du suivi gynécologique ainsi que des pratiques codifiées propres à ce suivi. Le déroulement, ainsi que ce qui y est dit respecte des règles bien précises et un rythme permettant une banalisation de l'auscultation. Ainsi, il semble nécessaire de pouvoir informer et éduquer les jeunes femmes en questionnant ce qu'apporte réellement le suivi en gynécologie et quels peuvent être les manques.

4.2. Emergence de situations de violences dans le discours : entre invisibilisation et dénonciation

Il semble important de souligner également que la mention de ces actes violents se fait difficilement durant les entretiens. En effet, on retrouve de la gêne à en parler, ce qui nous semble tout à fait normal, compte tenu du cadre de la discussion. Durant les entretiens, cela se ressent notamment par le sentiment de devoir se justifier, des gestes de gêne ou des mouvements de main qui peuvent s'apparenter à « c'est pas grave ». La volonté de se justifier, notamment en tentant de recontextualiser les paroles ou gestes violents des gynécologues, montre également le sentiment de culpabilité qui peut être ressenti suite à ces violences (Déchalotte, 2017). Le partage de leurs expériences traumatisantes s'avère libérateur pour certaines des femmes interviewées qui appuient sur le fait qu'il est important d'en parler et de visibiliser ces thématiques.

Durant les entretiens, lorsque les femmes font mentions d'actes et/ou de paroles violentes envers elles de la part de leurs gynécologues, on note une forme de minimisation de ces agressions. Ces descriptions partent souvent d'abord du ressenti des patientes, pour arriver

ensuite à la pratique ou la formulation de paroles violentes. Quand nous leur demandons, comment elles se sont senties par la suite dans leur suivi, plusieurs blocages, voire rupture sont évoquées :

« Là je me suis pas sentie du tout, pas du tout, comment dire, un peu comme si on te considère pas comme un être humain à part entière. Donc tu vas là pour te faire examiner mais il y a pas de ... ouais je me suis dit en sortant « J'ai l'impression d'être qu'un vagin et puis deux seins », c'était que ça. Franchement là je me suis dit, je suis sortie de l'hôpital et j'avais l'impression d'être sonnée un peu tu vois. C'était ouais, j'ai pas du tout aimé. Ben c'est sur aussi que vu que ça s'est mal passé la dernière fois, ça va me freiner pour trouver la bonne personne. » (B. 61 ans)

« Ça me, ça devenait presque une atteinte dans mon corps physique. J'en étais presque arrivée à ce que c'était désagréable, alors que c'était pas forcément désagréable, mais c'était une intrusion pour mon corps. J'avais plus envie de ce frottis, voilà. » (C. 55 ans)

« Et après, j'avais vraiment beaucoup de peine, en fait, je crois que j'ai quand même une forme de vaginisme, j'ai sûrement ça depuis longtemps, et j'ai eu plusieurs expériences pas cool. Et ça s'est vraiment renforcé à tel point que pendant deux mois, j'étais plus à l'aise avec mon corps, et j'ai perdu tout le rapport positif que j'avais avec ma sexualité aussi et j'ai vraiment beaucoup souffert de ça. [...] Et à un moment donné, en discussion avec d'autres filles, j'ai remarqué que c'était peut-être pas si normal que ça. Mais c'est aussi venu par après, après toute cette histoire du stérilet, je me suis posée beaucoup de questions, et je me suis dit que peut-être ça peut venir aussi d'un trauma gynéco et aussi de mes premières expériences sexuelles, c'est un peu une accumulation. » (S. 23 ans)

Comme nous le voyons dans ces extraits, les maltraitances autant physiques que mentales dans le cadre d'un suivi médical censé être bienveillant et respectueux peut prendre une tournure traumatisante. Les violences peuvent prendre plusieurs formes mais ont toutes pour conséquences un sentiment de peur, de culpabilité, d'humiliation, de honte et de dégoût qui impactent la sexualité et le rapport à leurs corps pour les femmes les ayant subies. Les femmes qui rapportent des comportements et paroles violentes subies dans le cadre de leur suivi, semblent souvent minimiser et restent perplexes lors du récit de leurs expériences traumatiques. De notre corpus, se dégagent plusieurs typologies présentées par Arachu Castro et Virginia

Savage : les abus verbaux, les abus physiques, le non-respect des normes professionnelles de soins et les discriminations socioculturelles. La mention d'actes ou de paroles violentes dans le cadre du suivi gynécologique est difficile à appréhender et à dénoncer par les patientes les ayant vécues. La banalisation de certaines remarques et/ou le sentiment de déjà donner son consentement en étant présente vient déséquilibrer les limites qui seraient posées hors de ce cadre de pratiques. C'est là que se trouve le nœud de la consultation gynécologique. Par la relation asymétrique déjà existante entre expert.e et profane, la nudité inhérente à la consultation ainsi que le sujet de discussion autour de leurs sexualités, les femmes peuvent éprouver des difficultés à se faire entendre et à faire respecter leurs droits. Le texte d'Arachu Castro et de Virginia Savage (2018) propose une classification en 6 typologies de la violence obstétriques : « *These are: **verbal abuse**, such as harsh and disrespectful language, patient blaming, public humiliation, scolding, and name-calling; **poor rapport with women**, such as miscommunication of procedures and processes, and language and communication barriers; **sociocultural discrimination** based on socioeconomic position, cultural insensitivity, and lack of intercultural care; **physical abuse**, such as performance of unconsented or unnecessary examinations and procedures, hitting, slapping, or touching women in painful or uncomfortable ways, refusal to administer pain medication, and sexual abuse; **failure to meet professional standards of care**, such as delays and purposeful neglect, denial of medical attention for both minor and life-threatening health concerns, lack of accountability to patients, lack of supportive care, and breaches of confidentiality; **and health system conditions**, such as failure to ensure privacy, assigning multiple patients to a single hospital bed, lack of resources to provide more comfort to women, and refusal to allow visitors or family members present. All these constitute forms of reproductive governance that lead women to lose control of their own reproductive processes.* » (pp.125-126). Cette étude analyse un corpus empirique constitué de 43 femmes ayant donné naissance dans les deux plus importantes maternités en République Dominicaine. Les deux autrices analysent la manière les femmes perçoivent, ressentent et vivent les violences dans un cadre de pratiques médicales. Dans un deuxième temps, elles tentent de comprendre comment ces violences peuvent être perpétrées et comme elles s'insèrent dans un milieu censé aider et accompagner au mieux les patientes. Cette classification nous sert également de repère dans le contexte de notre enquête.

En ce qui concerne les violences verbales, on retient notamment une non prise en compte des besoins et envies des patientes, une banalisation de leurs symptômes, un jugement personnel sur leur sexualité et une objectification :

« Si vous voulez prendre 50 kg, prenez 50 kg, tant que le bébé se porte bien... vous en faites (rire) vous n'êtes qu'une enveloppe et on s'en fout. » (S. 50 ans)

« [...]et elle m'avait dit « Vu la sexualité que tu as, franchement, j'aurais pas envie que dans 2 mois tu arrives pour avorter. » Et effectivement moi non plus j'avais pas envie. » (L. 25 ans)

Les discours professionnels jugeant, stigmatisant, rabaisant ou humiliant entraînent des répercussions fortes sur la suite du suivi. En effet, certaines femmes rapportent ne plus oser mentionner certains troubles ou problèmes sans se sentir jugées. Cela impacte donc leur santé, notamment par le fait qu'elles préfèrent ne pas mentionner les problèmes rencontrés.

Pour ce qui est des violences physiques, les femmes décrivent des auscultations douloureuses, des gestes brusques, des procédures non-consenties, de la déshumanisation :

« Il m'a dit 'non là on va arrêter le carnage', parce que lui il voyait qu'il forçait un peu. Donc suite à ça, il m'a proposé de l'enlever sous anesthésie. » (C. 55 ans)

« ... en fait elle arrivait pas à le mettre parce qu'apparemment mon col est tellement, il a une forme, enfin il a une forme complètement normal, mais c'était juste plus difficile et elle m'a fait très mal. Ça a duré ½ heure, 35 minutes, et j'étais presque en pleurs et aussi un truc que je trouvais pas cool, j'étais sur la chaise et elle était en train d'essayer, et à un moment donné, elle a appelé la secrétaire de lui amener je sais pas quoi, et elle a ouvert la porte et elle l'a laissée ouverte et moi j'étais là, sur la chaise d'examen... ... et j'ai pas osé dire stop, je me suis dit bon maintenant on le fait. Après je suis rentrée, je suis restée 3 jours au lit... c'était pas du tout juste ce qu'elle m'avait dit, fin c'est normal quand on met un stérilet. Et après, j'avais vraiment beaucoup de peine, en fait, je crois que j'ai quand même une forme de vaginisme. » (S. 22 ans)

« Mais avec le nouveau, là c'était vraiment une expérience... là je me suis pas sentie du tout, pas du tout, comment dire, un peu comme si on te considère pas comme un être humain à part entière. Donc tu vas là pour te faire examiner mais il y a pas de ... ouais je me suis dit en sortant « J'ai l'impression d'être qu'un vagin et puis deux seins », c'était que ça. ... déshabiller, écartier les jambes, examen, les seins et tout... « Oui c'est bon » et 10 minutes après j'étais loin. Là tu t'adresses à quelqu'un qui ne

te connaît pas, et aucune humanité. Franchement je l'ai trouvé détestable, beau gosse, mais détestable. » (B. 60 ans)

« Et surtout qu'à cet endroit-là, la première fois tu t'y attends pas à ce que ça fasse autant mal. Mais ouais c'était vachement douloureux. Et je lui en ai un peu voulu parce que c'est ... j'ai pas été bien accompagnée jusqu'à là. » (M. 25 ans)

« Et je dois, enfin la dernière ça a été mieux, mais une fois j'ai dû lui dire que ça me faisait mal quand il mettait le spéculum et j'ai dû demander de mettre du lubrifiant. Donc maintenant il met, mais avant il mettait pas. Je l'aime pas tellement, mais je sais pas trop où aller. Je trouve qu'il est un peu froid, et ça me donne pas confiance. Il entame pas les conversations. Il a vu que j'avais des hémorroïdes, il aurait pu me proposer un traitement, mais c'est moi qui doit dire. » (M.-T. 80 ans)

Dans ces cas-là, le suivi devient synonyme de danger et a pour conséquences l'espacement voire la rupture du suivi ou des traumatismes déclencheurs de blocages psychiques ou physiques dans leurs relations à leurs corps ou avec autrui. Ces actes violents impactent donc leurs perceptions personnelles ainsi que sur le personnel soignant. Ce qui devrait être un suivi dans le but de les aider et de prévenir des maladies ou infections, se transforme en un espace de méfiance et d'abus où la confiance a été brisée. Ce changement de perspective influence ensuite leurs comportements comme on peut le voir avec M. 25 ans ou S. 22 ans, qui disent avoir ressenti un trauma plus profond qui n'est d'ailleurs ni adressé, ni résolu par leurs gynécologues. Cela peut donc arriver à tous les âges et entraîne des conséquences négatives sur la suite du suivi et sur la sexualité de ces femmes.

La capacité de dénoncer ou de dire que ce qu'il se passe n'est pas en accord avec leur ressenti, est difficile et représente un réel enjeu pour les femmes rencontrées. En effet, les femmes en (pré)-ménopause disent qu'il est plus facile pour elles de refuser ou de s'écouter davantage selon leur âge :

« Et je sais ce dont j'ai besoin, et je ne me laisse plus conter fleurette. Alors non non hein, ça c'est exclu (rire) ! Oui ! Oui parce que maintenant je connais encore mieux mon corps depuis que j'ai... » (J. 75 ans)

« Tu te sentirais à l'aise de le confronter avec ça ? Oui ça je pourrais faire... que je lui dise un jour « Mais vous me parlez très peu, vous me posez jamais de questions, il me semble qu'un gynécologue devrait être plus prêt de sa patiente et de s'informer si tout

va bien du point de vue sexuel. Et aussi de me préparer avant l'examen physique, il faut mettre de la crème pour que ça fasse pas mal. » J'ai déjà pensé... déjà pour le remettre un peu à sa place, qu'on fait pas que d'enfiler un spéculum et à l'année prochaine. » (M.-T. 80 ans)

Elles mettent également en avant la volonté de transmettre cette notion aux plus jeunes (leurs filles, les jeunes en général), en les encourageant à ne pas se taire et à respecter leurs limites. La force de l'âge vient jouer un rôle dans le fait de ne « plus se laisser faire ». Cela renvoie également à une logique de transmission d'un savoir, d'expériences aux générations suivantes. Au travers des entretiens, nous avons pu remarquer, que pour toutes, le prix à payer en cas de mauvaises expériences, est la rupture du suivi avec leur gynécologue. Certaines fois, cela résulte par le changement pour un.e autre gynécologue, pour d'autres, cela marque la fin du suivi tout court. Pourtant, malgré le vécu d'expériences traumatisantes, la réponse majoritaire est de quitter le suivi sans dénoncer les maltraitances :

« Ben moi, j'ai même pas été chercher mon dossier, parce que la secrétaire était insupportable, donc voilà... il doit être aux archives. Après elle m'a jamais rappelé non plus. » (S. 50 ans)

« Mais j'ai chaque fois changé de gynécologues quand j'étais pas contente, parce qu'au début je les croyais comme des dieux et quand j'ai fait mes expériences je me suis dit non non ... c'est mon corps c'est pas le leur. » (J. 75 ans)

« Ben là c'est la dernière fois que je vais chez lui, j'irai chercher mon dossier et je retournerai chez quelqu'un d'autre. » (B. 61 ans)

« Je me sentais vraiment pas trop à l'aise avec elle. Mais après, je l'ai plus vue depuis, et ne suis pas allée chez ma première gynéco non plus depuis. Et je me suis dit qu'il faut quand même que je prenne rdv chez ma première gynéco, si quelque chose d'autre ne va pas et que je sais pas. Je crois juste que j'y pense pas... » (S. 23 ans)

Lorsque je leur demande pourquoi ne pas avoir osé en parler, les participantes restent vagues, parlant davantage du manque d'énergie ou de la peur de ne pas être prises au sérieux si elles avaient adressé le problème. Les explications concernant la non-dénonciation sont largement discutées dans la littérature féministe et présente plusieurs effets, par exemple le prix à payer d'une telle dénonciation, l'intimidation par les professionnel.le.s de la santé, le coût de telles démarches, la culpabilisation etc., (Déchalotte, 2017 ; Castro et Savage, 2018 ; Chadwick,

2019). Comme résultante, on note une discontinuité dans leur suivi qui peut varier de quelques mois, à quelques années, les plaçant dans une précarité au niveau de leur contrôle gynécologique. Les violences gynécologiques et obstétricales institutionnalisées entraînent des conséquences très fortes sur les patientes les ayant vécues, tant au niveau de blocages personnels liés à la sexualité (sexuels, émotionnels, psychologiques) qu'au niveau de l'accès à un suivi gynécologique adéquat ce qui en fait un problème structurel.

Cette analyse sur les violences qui surviennent dans le cadre du suivi gynécologique nous apportent une compréhension de la manière dont celles-ci s'installent, subrepticement, dans une logique de consentement qui apparaît comme relative. Les discours des femmes sont emprunts d'une forte intériorisation qui prend parfois des airs de banalisation des remarques ou comportements violents envers elles. Les réponses face à ces violences ne sont pas homogènes et ne permettent donc pas une classification des réactions des patientes. Néanmoins, au travers des récits recueillis, nous sommes amenés à entrevoir le conflit que cela fait naître dans leurs représentations et leurs ressentis.

Conclusion

Après avoir analysé le corpus empirique de notre enquête sur le suivi gynécologique chez des femmes entre 20 et 80 ans, il nous paraît important de comprendre les réflexions individuelles des patientes quant à leur suivi. Cette partie va nous permettre de revenir sur les principales contributions qu'a révélées notre travail d'analyse.

1. Principales contributions de mon enquête

Chez les jeunes patientes, nous pouvons souligner une relation de dépendance avec le suivi gynécologique. Malgré la mention de points négatifs entourant les consultations, toutes disent vouloir poursuivre leur suivi et n'en questionnent réellement pas l'utilité. Cela peut notamment être expliqué par le besoin de contraception, ce qui pourrait motiver les jeunes femmes à s'y rendre. Par cette analyse, un point important de notre travail est soulevé : celui de la norme hormonale. Chez les jeunes femmes cette norme relève de la contraception qui est discutée dès la première consultation. Toutefois, plus qu'une logique de contrôle des grossesses, la prescription contraceptive survient également pour d'autres raisons, notamment en raison d'acné ou de menstruations irrégulières. La centralité des ordonnances joue également un rôle dans la mise en place d'un suivi régulier et rapproché. Cela implique que les jeunes femmes sont encouragées à poursuivre leur suivi, par cette fréquence elles sont plus promptes à rentrer

dans le quadrillage normatif du suivi gynécologique. La proximité temporelle de leur entrée dans la *carrière gynécologique* les pousse à adopter les codes inhérents au bon déroulement de la consultation. Ainsi, malgré certains désaccords avec leur gynécologue, un suivi sur le long terme est encore envisagé et ne leur permet pas de pouvoir sortir définitivement du suivi gynécologique.

« Moi je crois que c'est quelque-chose d'hyper important, parce qu'on se pose beaucoup de questions sur son corps, et on est tellement proche de nos organes génitaux, parce qu'on a nos règles... dans la sexualité, et je trouve que c'est vraiment important d'en parler. [...] Et je pense que c'est important d'avoir une bonne relation. » (S. 23 ans)

La mention des violences gynécologiques chez les jeunes femmes a pour conséquence un espacement des suivis pendant un temps mais n'aboutit pas, de leur point de vue, à une interruption définitive de leur suivi. Cela représenterait un coût trop élevé, tant au niveau de leur santé sexuelle, que dans la projection d'une éventuelle grossesse. Les jeunes femmes envisagent donc une relation plus classique avec leur gynécologue ce qui les inscrit dans une pratique de justification positive de leur suivi gynécologique. Dans un idéal, elles aimeraient pouvoir faire évoluer leur suivi selon leurs attentes, et donc pouvoir s'y rendre sans ressentir de conflits.

La norme hormonale se retrouve également chez les femmes en âge de la ménopause. Cette norme se caractérise par l'introduction à un traitement hormonal substitutif dans le but de pallier les effets de la ménopause. L'imposition de cette norme vient rappeler aux femmes plus âgées l'importance donnée à la prescription d'un traitement. Cette norme hormonale joue également un rôle dans la stigmatisation du vieillissement des corps, surtout chez les femmes. L'importance de gommer les effets physiologiques en lien avec la ménopause est centrale dans le discours des gynécologues. Néanmoins, chez les femmes plus âgées, l'adhésion à la norme hormonale apparaît moins forte que chez les plus jeunes. En effet, nous constatons une attitude de retrait vis-à-vis des consultations gynécologiques à ce moment-là de leur vie. Elles semblent moins suivre la logique préventive du suivi et aborder leur santé plutôt en termes de constat. Cela se retrouve fortement dans leurs discours, notamment quand elles mentionnent « plus s'écouter » ou « ne pas aller chez le médecin pour rien ». Dans leurs discours on retrouve également la notion de l'âge comme justification pour ne plus se laisser faire. Cet élément dénote aussi une forme de savoir expérientiel (Akrich et Rabeharisoa, 2012) qui s'avère être suffisant pour certaines des femmes rencontrées. Cela implique l'utilisation du suivi

gynécologique en cas de besoins et non plus dans un but préventif. Dans nos résultats, cela correspond à la rupture du suivi gynécologique pour certaines femmes. Un suivi aussi spécifique n'est plus nécessaire dans cette logique de « laisser faire ». Le coût du suivi apparaît alors comme trop élevé par rapport à ce que cela leur apporte et quitter le suivi apparaît alors comme une forme de résistance face à un suivi qui ne leur correspond plus. Cela pourrait être expliqué par le fait qu'elles ne dépendent plus nécessairement d'une prescription, ce qui rejoint notre analyse sur la centralité des prescriptions dans le suivi gynécologique et de la rupture de celui-ci en âge de la ménopause. Nous pourrions aussi avancer l'hypothèse que les femmes plus avancées en âge ne ressentent plus la même pression à suivre ce qui est dicté par les normes médicales :

« Ben vraiment pas envie d'aller chez le médecin si y a rien. Et aussi, le contrôle allait quand même avec le moyen contraceptif pour moi. Parce que quand je vois mon rapport aux autres médecins, avec le dentiste par exemple, je ne vais pas ni chez le médecin ni chez le dentiste si j'en ai pas besoin. Donc quand même à l'écoute de mon corps » (C. 55 ans)

« Bon moi déjà je suis pas très « suivi » ou prévention. Donc à partir du moment où tout fonctionne. » (B. 60 ans)

Cette autre réflexion autour du suivi se rapproche davantage du modèle du clientélisme médical. Cette vision est d'ailleurs soulignée par les professionnel.le.s, surtout chez les femmes plus âgées :

« Je peux remarquer que les femmes plus âgées, quand on les récupère en suivi, des fois après 3-4 ans si c'est pas plus, elles ont changé de logique. Elles viennent vraiment comme des clientes qui veulent un service précis. Et là, du coup, j'ai tendance à rappeler qu'il y a la prévention à prendre en compte et que cet âge est lié à des risques pour leur santé. C'est vraiment plus dur à leur faire comprendre qu'il faut un suivi régulier. » (Gynécologue homme, 60 ans)

Ces deux logiques d'utilisation du suivi gynécologique viennent appuyer la notion de socialisation des pratiques gynécologiques. Dans un âge plus proche de celui de l'initiation, les jeunes femmes ressentent le besoin de bien faire, de s'inscrire de manière correcte dans le suivi de leur santé sexuelle. Ainsi, elles trouvent des moyens d'en légitimer l'utilité et d'y trouver un sens. La norme hormonale connaît une plus forte influence chez les jeunes femmes et permet de les inscrire dans une logique de médicalisation de leur sexualité. Chez les femmes plus âgées,

il semble que la ménopause soit finalement une occasion d'en sortir. Ainsi, elles se détachent de la logique préventive et perçoivent le suivi dans un but unique de traitement dans le cas d'éventuels troubles ou pathologies.

Les analyses ont aussi permis de pouvoir identifier les attentes des patientes. Le fait de poser cette question lors des entretiens « *Comment définiriez/définirait vous/tu un suivi adéquat ?* » donne matière à notre réflexion et à la parole des principales concernées. Les avis convergent de manière importante vers le besoin d'une plus grande écoute. Toutes, sans distinction d'âges, relèvent ne pas se sentir suffisamment écoutées. Cela a diverses implications : la relation avec le/la professionnel.le en est affectée : la prise en compte des problèmes mentionnés n'est pas toujours présente, la discussion concernant des sujets en lien avec la sexualité est absente, la prise en considération de leurs ressentis reste difficile. Il apparaît évident que dans ces conditions, où le prérequis même d'une bonne relation thérapeutique est compromis, que le suivi gynécologique peut être ressenti comme un « mauvais moment à passer »²¹. L'instauration d'une relation saine et fondée sur l'écoute dans un tel suivi apparaît essentielle à la bonne collaboration thérapeutique et à une meilleure prise en charge de la santé des femmes.

Une limite soulevée par les patientes concernant le suivi repose sur la notion de « choix ». À plusieurs moments de notre analyse, le « choix » des patientes entrent en jeu : pour la contraception, la stérilisation, la pratique d'actes médicaux et la substitution hormonale. Pourtant, plusieurs rapports et normes sociales viennent contraindre ces choix. Prenons pour exemple la mise sous contraception des femmes. Comme nous l'avons vu, malgré la démocratisation de contraceptif masculin, ce sont toujours majoritairement les femmes qui en sont responsables. La prescription pour une contraception survient très vite dans le suivi gynécologique, souvent dès le 1^{er} rendez-vous, ce qui renforce l'inégalité quant à la responsabilité sexuelle. L'information donnée par les professionnel.le.s quant à un tel traitement (hormonal ou non-hormonal) reste incomplète. La quasi-totalité des femmes interviewées mentionnent une pré-sélection par les gynécologues des contraceptions disponibles. Le choix qui leur est présenté, est alors un choix « prémâché ». Cela souligne aussi le manque de prise au sérieux des jeunes femmes face à des expert.e.s qui « savent mieux ». Nous constatons donc que la liberté quant au choix proposé n'est pas totale mais davantage contrainte dans un panel prédéterminé par les professionnel.le.s. Comme cela a été analysé dans notre travail, la pré-sélection se fait sur base d'opinions personnelles et selon les profils des patientes, soulignant

²¹ Expression issue d'un des entretiens conduit dans le cadre de notre enquête.

des pratiques inégalitaires en termes de classe sociale, d'origine et de niveau d'enseignement. L'accès aux droits pour les femmes concernant la libre disposition de leurs corps s'avère précaire dans de telles circonstances.

Ce travail a permis de mettre en lumière que la consultation gynécologique représente un espace contradictoire pour les femmes. En effet, toutes les femmes ont mentionné avoir connu un moment de cassure avec leur gynécologue. Initialement, ce suivi spécifique sert à suivre les femmes dans leur santé sexuelle et génésique, leur permettant de s'inscrire dans un suivi rapproché et prolongé, marquant les étapes de leur vie reproductive, idéalement dans un cadre de confiance. Pourtant, la littérature sur le sujet ainsi que notre analyse ont mis en avant plusieurs processus venant renforcer une socialisation genrée à la sexualité et l'intériorisation des normes corporelles (esthétiques, procréative, hétérosexuelle, médicalisée). Le quadrillage normatif propre au suivi gynécologique construit et renforce des injonctions sociales dans une logique préventive et de contrôle sur les pratiques sexuelles et la santé des femmes. La manière dont se déroule le suivi ainsi que les discours des professionnel.les viennent rappeler aux patientes les attentes normatives liées à leur sexe. À ces rappels à l'ordre s'ajoute la mention d'épisodes de violences obstétricales et gynécologiques (verbales ou physiques) venant souligner la précarité des droits et le rapport asymétrique entretenu entre les femmes et le domaine médical.

Au terme de ce travail, nous pouvons constater que le suivi gynécologique reste un espace ambivalent pour les femmes qui s'y rendent, donnent lieu à la reproduction des inégalités sociales et de genre au travers des discours et pratiques médicales. Les ressentis quant à ce suivi ne permettent pas de se s'en affranchir ni pour autant de s'y sentir complètement en sécurité, prises en compte et accompagnées. Les femmes ne sont en réalité pas surprises des discours normatifs, des rappels à l'ordre ou des violences survenant dans le cadre gynécologique. Ce constat rend compte de l'intériorisation de la violence et des normes institutionnelles chez les femmes, tout âge confondu. Toutes les femmes ont mentionné un (ou des) épisode(s) de cassure dans leur suivi. Les sujets relatifs aux cassures sont divers mais rendent compte de la complexité de l'articulation entre le corps des femmes, leur sexualité et le champ médical. Leurs témoignages et leurs déceptions se matérialisent sous forme de revendications contre un système qui ne convient plus à leurs attentes, mais rarement de manière directe envers les gynécologues. Plutôt que de se dresser contre et d'adresser les remarques ou les normes reconduites dans le suivi, cela résulte davantage en l'espace voire la rupture du suivi, la remise en question des discours des gynécologues et la recherche d'informations hors du cadre

gynécologique. Elles mettent ainsi en place différentes stratégies, permettant de combler les manques, de donner du sens ou de se distancier des discours et des pratiques normatives du suivi gynécologique.

2. Limites de notre travail

Notre travail, malgré ses apports intéressants, connaît certaines limites. La première limite que nous pouvons constater concerne l'ampleur de notre enquête. Comme nous l'avons déjà mentionné durant ce travail, notre enquête reste exploratoire et ne permet donc pas de pouvoir généraliser nos résultats. Concernant les femmes et les gynécologues rencontré.e.s., une plus grande diversité d'âge, d'origine, de classe, aurait pu dévoiler d'autres rapports de pouvoir, permettant ainsi une analyse intersectionnelle sur cette thématique. Il aurait également été intéressant de pouvoir analyser les effets d'âges des gynécologues. En effet, comme nous le savons, les prescriptions cantonales et universitaires tendent à évoluer conjointement aux avancées technologiques et sociales, ainsi l'âge des professionnel.l.e.s pourraient avoir des effets sur leurs discours et leurs positionnements.

Une autre limite que nous observons repose sur la multiplicité des thématiques abordées lors des entretiens. En nous concentrant sur l'entrée dans le suivi et l'entrée dans la ménopause, nous pouvons connecter les deux extrémités du suivi gynécologique et aborder comment le suivi gynécologique est vécu tout au long de la vie des femmes. Cependant, cela se traduit par une multitude de sujets variés. De ce fait, certaines thématiques sont abordées seulement en surface et d'autres sont davantage visibilisées. L'évolution même de la discipline implique une transformation des pratiques et des discours professionnels. Les thématiques sur lesquelles notre analyse se concentre permettent d'établir des liens entre les deux classes d'âges, et donnent la possibilité de pouvoir comprendre les implications d'un tel suivi sur les femmes qui s'y rendent.

La dernière limite constatée est celle du manque d'apports théoriques spécifiques en Suisse. En effet, très peu d'articles concernant le suivi gynécologique ont été publiés, ne donnant pas lieu à des références et des comparaisons précises par rapport à notre travail. La littérature scientifique sur la thématique du suivi est très riche, mais se cantonne majoritairement au système de santé français et anglo-saxon. Ce constat peut également être établi concernant la ménopause. Relativement peu de travaux sont consacrés à ce sujet, encore moins en partant des expériences personnelles des femmes dans le cadre du suivi gynécologique. Cela explique

également la raison pour laquelle nos résultats sont plus pertinents concernant le groupe des femmes plus âgées que celui des plus jeunes.

3. Pistes de réflexions personnelles

Nous sommes déjà revenus sur les raisons pour lesquelles les femmes continuent ou non de se rendre à leur rendez-vous gynécologique. Une critique plus globale pourrait être faite sur ce sujet. Dans la perspective où le suivi n'est pas interrompu, il semble que les attentes des patientes devraient davantage être écoutées et prises en considération par les professionnel.l.es. Nous avons mis en avant les limites temporelles relatives à l'organisation des consultations médicales (TARMED), toutefois ces contraintes structurelles ne permettent pas d'expliquer la non-référence à d'autres spécialistes, ni le manque d'écoute. Un suivi plus global semble prendre tout son sens face aux remarques avancées par les patientes. Il existe, dans d'autres spécialités médicales, des consultations conjointes, permettant de pouvoir répondre aux questions spécifiques des patientes dans plusieurs domaines. Ne serait-il pas envisageable, lors des premiers rendez-vous chez le gynécologue, de faire une consultation conjointe avec un.e sexologue, dans le but de parler davantage de plaisir et d'épanouissement sexuel ? Le refus de parler de la sexualité des jeunes patientes légitimerait l'implication d'un.e expert.e sur ce sujet précis et permettrait aux patientes de pouvoir poser des questions en se sentant à l'aise. Dans le cas des femmes ménopausées, certaines des femmes interviewées ont mentionné un intérêt pour des conseils sur la nutrition, ou sur les changements hormonaux. Une référence ou une consultation conjointe avec un.e diététicien.ne ou un.e endocrinologue pourrait répondre à leurs besoins spécifiques. La gynécologie semble donc privatiser nombre de thématiques sans pour autant offrir une connaissance et une transmission suffisante à ses patientes. L'ouverture à une pluridisciplinarité donnerait l'occasion aux patientes de pouvoir se renseigner et orienter leur suivi dans différentes directions selon leurs besoins spécifiques. En complétant le suivi gynécologique classique (médical) par d'autres cadres d'expertises, celui-ci n'en serait que plus complet. De plus, en éliminant certains sujets des discussions prenant place lors de la consultation standard, les gynécologues pourraient davantage se concentrer sur leurs spécialisations et ainsi respecter les contraintes structurelles liées au temps. Cette conception permettrait aussi aux femmes de sortir d'un suivi strictement médical quand cela n'est pas nécessaire et de s'inscrire dans une logique d'accompagnement qui porterait davantage sur des discussions et des transmissions d'informations.

Suivant la volonté de transmission et de partage d'expériences retrouvées dans plusieurs entretiens, il nous semble important de réhabiliter les concepts de groupes de paroles et/ou de cercle de femmes. Par l'héritage du mouvement *self-help* des années 1970 qui a revalorisé un entre-soi féminin préexistant, nous constatons depuis quelques années, le retour à cette tradition féminine et féministe. En effet, différents groupes de paroles, cercles, réunions permettent aux femmes de se rassembler, de partager et de pouvoir s'exprimer au sein d'un groupe, d'une communauté constituées uniquement de femmes. Comme cela est mentionné par C. 55 ans, la création de groupes de paroles féminins pourrait servir à transmettre et à partager des expériences personnelles et rendrait visible des processus ou événements qui paraissent individuels. Le concept d'un groupe multigénérationnel vient soutenir l'idée de circulation de savoirs multiples et enrichir les expériences personnelles de chacune. Cette volonté de valoriser un entre-soi féminin se retrouve également dans l'ouverture de centres médicaux dédiés aux femmes en régions francophones (Canada, Belgique, France). Cela reflète un besoin autant individuel, que structurel, de créer des espaces qui se veulent bienveillants et respectueux envers les femmes. Certains de ces nouveaux cabinets pluridisciplinaires donne une importance centrale à la sécurité, au respect des droits et à la dignité par les professionnel.le.s qui y travaillent. L'importance de ce message renvoie à la dénonciation d'abus dans les pratiques médicales et gynécologiques et s'inscrit dans une démarche militante pour proposer des espaces consacrés à une pratique médicale saine et sécurisée.

En conclusion, notre analyse a permis de dégager, au travers des entretiens, des pistes de réflexion pouvant amener à un suivi qui porte davantage sur les besoins des femmes. Comme le mentionnent les deux gynécologues rencontré.e.s : « *Mais après, la plus grande différence je dirais que c'est la différence individuelle. C'est de patiente à patiente.* » (Gynécologues femme, 31 ans) – « *C'est une prise en charge à la carte...* » (Gynécologue homme, 60 ans), les besoins des patientes évoluent respectivement selon leurs âges, leurs parcours de vie et leurs ressentis. Il s'agirait donc de pouvoir mettre en pratique ce qui est reconnu dans leurs discours, et d'inscrire le suivi gynécologique dans une logique de soutien, de relais d'informations et de bienveillance pour la santé des femmes. Il est également important de remettre en cause la médicalisation des corps féminins, et de proposer une autre forme d'accompagnement, plus holistique et proche des besoins et attentes des femmes. Plus qu'une modification des pratiques, c'est une transformation profonde de toute l'idéologie médicale qui est en jeu. L'évolution vers une compréhension et une application plus responsables et égalitaires de la médecine permettra

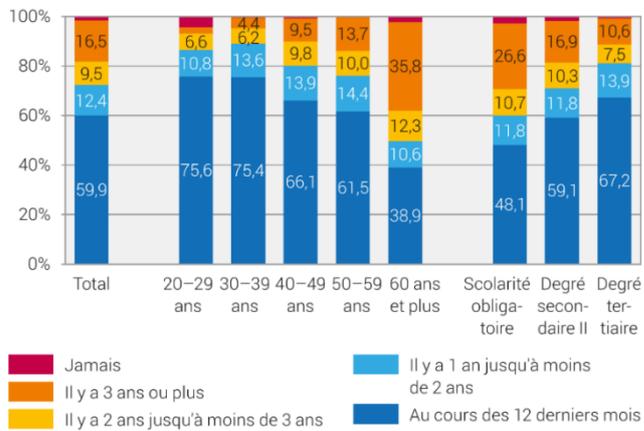
de pouvoir faire avancer le champ médical dans une conception davantage portée sur les besoins et le respect des patient.e.s.

Annexes :

Figure 1 :

Consultation gynécologique, en 2017

Femmes de 20 ans ou plus



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2019

(Fig. 1 : Graphique sur la fréquentation en consultation gynécologique, 2017. Source : OFS)

Figure 2 :

Document d'information pour les enquêtées

Dans le cadre de mon mémoire de Master en études genre à l'Université de Genève, j'effectue un travail de recherche sur la thématique du suivi en gynécologie auprès de deux groupes, le premier ciblera des jeunes femmes au début de l'âge adulte, le deuxième groupe se concentrera sur des femmes se situant entre la préménopause et la ménopause.

Pour mener à bien cette étude, je conduis des entretiens auprès de femmes qui souhaitent partager leurs ressentis et expériences quant à leur suivi en gynécologie. L'entretien de recherche d'une durée d'une à deux heures maximum est enregistré avec votre accord. Votre consentement oral sera demandé au début des entretiens. Concernant le déroulement de l'entretien, il prend la forme d'une discussion libre dans laquelle je vous proposerai de partager votre vécu du suivi gynécologique. Etant donné que cela relève d'expériences intimes, il est important que vous vous sentiez à l'aise et que vous preniez votre temps. Nous pourrions donc faire des pauses si cela est nécessaire, et vous pourrez interrompre votre participation à tout moment et sans vous justifier. Il n'y a pas de réponses justes ou fausses, ce qui est important est de pouvoir me parler de vos ressentis subjectifs et de votre expérience personnelle.

Toutes les informations que vous fournirez seront traitées de manière confidentielle. Votre identité sera protégée par un pseudonyme.

En cas de questions, je reste joignable par mail à cette adresse, n'hésitez pas à me contacter à tout moment : saudan.mathilde@hotmail.com

Je vous remercie pour votre participation.

Mathilde Saudan

Figure 3 :

Document d'information pour les gynécologues

Dans le cadre de mon mémoire de Master en études genre à l'Université de Genève, j'effectue un travail de recherche sur la thématique du suivi en gynécologie. Pour ce faire je mène des entretiens auprès de femmes au début de l'âge adulte, et en préménopause-ménopause, mais également auprès de gynécologues.

Pour mener à bien cette étude, je conduis des entretiens auprès de gynécologues qui souhaitent partager leurs expériences et leurs pratiques quant au suivi en gynécologie. L'entretien de recherche d'une durée d'une à deux heures maximum est enregistré avec votre accord. Votre consentement oral sera demandé au début des entretiens. Concernant le déroulement de l'entretien, il prend la forme d'un entretien semi-directif, dans lequel je vous poserai différentes questions relatives aux divers aspects du suivi médical en gynécologie. C'est donc autour de votre pratique que se concentreront les discussions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, le principal étant que vous puissiez m'expliquer votre approche professionnelle dans les suivis auprès des patientes.

Toutes les informations que vous fournirez seront traitées de manière confidentielle. Votre identité sera protégée par un pseudonyme.

En cas de questions, je reste joignable par mail à cette adresse, n'hésitez pas à me contacter à tout moment : saudan.mathilde@hotmail.com

Je vous remercie de votre participation.

Mathilde Saudan

Figure 4 :

Grille d'entretien pour les gynécologues

Ces entretiens seront organisés autour de 2 axes principaux

1. L'entrée dans le suivi gynécologique :
 - a. Comment les femmes viennent à commencer un suivi gynécologique en général ? Qu'est-ce que les jeunes femmes viennent chercher en suivi ?
 - i. Pourriez-vous me raconter la dernière consultation que vous avez menée avec une jeune femme qui venait en consultation gynécologique pour la 1^{ère} fois ?
 - b. Quelles sont les informations qui sont données en particulier aux jeunes femmes ? Quels sont les points importants à aborder lors des premiers rendez-vous ?
 - i. Comment sont discutés les éventuels traitements, notamment la contraception ?
 - c. Comment abordez-vous la question des relations intimes, du plaisir ?
 - d. Comment instaurez-vous une relation de confiance avec les jeunes patientes ?
 - e. Quelle est la fréquence des suivis pour des femmes âgées entre 18 et 25 ans ?
2. À partir du moment de la préménopause ou de la ménopause :
 - a. À ce moment-là, en quoi consiste le suivi gynécologique ? Quels sont les points importants à aborder de votre point de vue ? Qu'est-ce que les femmes viennent chercher dans le suivi ?
 - i. Pourriez-vous me raconter votre dernière consultation avec une femme pré-ménopausée ou ménopausée ?
 - b. Quelles sont les informations et les conseils concernant la préménopause ou la ménopause ? Donnez-vous également des conseils sur des thérapies alternatives ?
 - c. Comment sont discutés les sujets en lien avec les symptômes de la ménopause ?
 - d. Quelle est la fréquence des contrôles à ce moment-là ?
3. Questions générales :
 - a. Selon votre point de vue, existe-il des similitudes entre les suivis des jeunes femmes et des femmes pré-ménopausées ou ménopausées ? Lesquelles ? Quelles sont les grandes différences ?
 - b. Quelles sont les difficultés propres à ces deux classes d'âges du point de vue gynécologique ? Qu'est-ce qui, au contraire, est plus simple ?

Bibliographie

Akrich, M. & Rabeharisoa, V. (2012). L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire. *Santé Publique*, 24, 69-74.

Amsellem-Mainguy, Y. (2006). Prescrire et proscrire des conduites, véhiculer des normes : les mères comme actrices privilégiées de prévention en matière de sexualité et de contraception. *Recherches familiales*, 3, 49-59.

Amsellem-Mainguy, Y. (2011). Contraception et grossesses à l'adolescence : vers une reconnaissance du droit à l'intimité des jeunes. *Informations sociales*, 165-166, 156-163.

Amsellem-Mainguy, Y. (2011). Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. *Santé Publique*, 23, 77-87.

Andro, A., Bachmann, L., Bajos, N. & Hamel, C. (2010). La sexualité des femmes : le plaisir contraint. *Nouvelles Questions Féministes*, 29, 4-13.

Armstrong, D. (1995), The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health & Illness*, 17: 393-404.

Athéa, N. (2020). Médicalisation de la vie reproductive des femmes : quelques aspects. *Revue française des affaires sociales*, , 131-144.

Azcué, M. & Tain, L. (2021). L'émergence du concept de « violence obstétricale » : l'impact du mouvement féministe. *Santé Publique*, 33, 635-643.

Boudier, F., Bensebaa, F. & Jablanczy, A. (2012). L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations*, 39, 13-25.

Bujon, T. & Dourlens, C. (2012). Entre médicalisation et dépathologisation : la trajectoire incertaine de la question trans. *Sciences sociales et santé*, 30, 33-58.

Chadwick, R. (2021). Breaking the frame : Obstetric violence and epistemologic rupture.

Charlap, C. (2014). « Comment on devient ménopausé » : de la ménopause sociale à la ménopause physiologique, un parcours d'apprentissage. *Corps*, 12, 221-229.

Crenshaw, K. W. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex : A Black Feminist Critique of Antidiscriminatory Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics, *University of Chicago Legal Forum*, 1, pp. 139-167.

- Déchalotte, M., (2017). Le livre noir de la gynécologie. Editions First.
- Delanoë, D. (2001). La ménopause comme phénomène culturel. *Champ psychosomatique*, vol. n° 24, no. 4, 2001, pp. 57-67.
- Delphy, C. (2003). Par où attaquer le « partage inégal » du « travail ménager » ?. *Nouvelles Questions Féministes*, 22, 47-71.
- Ehrenreich, B., English, D. 2016 (1973), Fragiles ou contagieuses : Le pouvoir médical et le corps des femmes, Éditions Cambourakis
- Fussinger, C., Rey, S. & Vuille, M. (2006). S'appropriier son corps et sa santé. Entretien avec Rina Nissim. *Nouvelles Questions Féministes*, 25, 98-116.
- Grino, C., (2014), La pilule : biologisation de la contraception et régulation sociale. *Genre, Sexualité et société*, 12.
- Guionnet, C. & Neveu, É. (2021). Chapitre 2. Genres et sexualités. Dans : C. Guionnet & É. Neveu (Dir), *Féminins / Masculins: Sociologie du genre* (pp. 93-139). Paris: Armand Colin.
- Guyard, L. (2002). Consultation gynécologique et gestion de l'intime. *Champ psychosomatique*, n°27, 81-92.
- Guyard, L. (2010). Chez la gynécologue: Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines. *Ethnologie française*, 40, 67-74.
- Guyard, L. (2010). Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir. *Nouvelles Questions Féministes*, 29, 44-57.
- Jacquemin-Levern, H. (2004). Faut-il une consultation spécialisée pour la ménopause ?. Dans : Pascale Bélot-Fourcade éd., *La ménopause*, 33-39. Toulouse: Érès.
- Jaunait, A. (2007). La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient : Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 25, 67-72.
- Koechlin, A. (2022). La consultation gynécologique, une instance paradoxale dans la socialisation des jeunes femmes à la sexualité. *Terrains & travaux*, 40, 21-42.
- Koedt, A. (2010). Le mythe de l'orgasme vaginal. *Nouvelles Questions Féministes*, 29, 14-22.

- Le Feuvre, N. (2001). 3. La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou de transformation du « genre » ?. Dans : Pierre Aïach éd., Femmes et hommes dans le champ de la santé: Approches sociologiques (pp. 197-228). Rennes: Presses de l'EHESP.
- Löwy, I. & Gaudillière, J. (2006). Médicalisation de la ménopause, mouvements pour la santé des femmes et controverses sur les thérapies hormonales. *Nouvelles Questions Féministes*, 25, 48-65.
- Méadel, C. & Akrich, M. (2010). Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin. *Les Tribunes de la santé*, 29, 41-48.
- Membrado, M. (2006). Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation. *Nouvelles Questions Féministes*, 25, 16-31.
- Ménoret, M. (2006). Prévention du cancer du sein : cachez ce politique que je ne saurais voir. *Nouvelles Questions Féministes*, 25, 32-47.
- Nissim, R., (2014). Une sorcière des temps modernes. Le self-help et le mouvement femmes et santé, Éditions Mamamélis.
- Noël-Hureaux, E. (2010), Quels savoirs « en jeu » (enjeux) autour de la maladie chronique ? in Jouet, E., Flora, L. (dir.), Usagers-Experts : La Part du Savoir des Malades dans le Système de Santé, Pratiques de formation, *Analyses*, 57, 109-121.
- Noël-Hureaux, E. (2019). De l'expérience singulière médiatisée de la maladie à la construction de savoirs expérientiels. *Recherche en soins infirmiers*, 138, 65-74.
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2021). Chapitre 8. L'examen et l'analyse phénoménologiques des données d'entretien. Dans : P. Paillé & A. Mucchielli (Dir), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin, pp. 183-199.
- Paris, M. (2020). La racialisation d'une politique publique : le contrôle de la natalité à La Réunion (années 1960-1970). *Politix*, 131, 29-52.
- Quéré, L. (2016). Lutttes féministes autour du consentement : Héritages et impensés des mobilisations contemporaines sur la gynécologie. *Nouvelles Questions Féministes*, 35, 32-47.
- Quéré, L. (2019). Les formes ordinaires du consentement. Consciences du droit dans la consultation gynécologique. *Droit et société*, 102, 413-432.

- Quéré, L. (2022). Repousser les frontières des normes corporelles et sexuelles : Effets de l'engagement dans le self-help féministe sur la sphère intime. *Sociétés contemporaines*, 126, 93-119.
- Ruault, L. (2015). La force de l'âge du sexe faible. *Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine. Nouvelles Questions Féministes*, 34, 35-50.
- Ruault, L. (2016). La circulation transnationale du self-help féministe : acte 2 des luttes pour l'avortement libre ?. *Critique internationale*, 70, 37-54.
- Scott, J.W. (1998) *La citoyenne paradoxale. Les féministes françaises et les droits de l'homme*, Paris, Albin Michel, 217-234 et 9 – 33.
- Smaniotto, B. (2017). Réflexions autour de l'impact de la pornographie... sur la sexualité adolescente. *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 95, 47-56.
- Tabet, P. (2010). La grande arnaque l'expropriation de la sexualité des femmes. Annie Bidet-Mordrel éd., *Les rapports sociaux de sexe*. Presses Universitaires de France, 2010, pp. 104-122.
- Tuana, N., & Sullivan, S. (2006). Introduction : Feminist Epistemologies of Ignorance. *Hypatia*, 21(3), vii-ix.
- Vinel, V., (2007) *Andropause et ménopause : une comparaison des images de la vulgarisation médicale. Féminin, masculin : anthropologie des catégories et des pratiques médicales*.
- Vuille, M. (2021). Gynécologie. Dans : Juliette Rennes éd., *Encyclopédie critique du genre*. Paris : La Découverte, pp. 329-339.
- Vuille, M., Rey, S., Fussinger, C. & Cresson, G. (2006). La santé est politique. *Nouvelles Questions Féministes*, 25, 4-15.
- Wacheux, F. (1996). *Méthodes Qualitatives et Recherche en Gestion*. Paris : Economica.
- Young, I. M. (2007). Le genre, structure sérielle : penser les femmes comme un groupe social. *Recherches féministes*, 20(2), 7-36.