



**EHESP**

---

**Master 2 Promotion de la santé et  
prévention**

Promotion : **2021 - 2022**

Date du Jury : **Septembre 2022**

---

**Les expériences gynécologiques et  
obstétricales des femmes racisées en  
France**

---

**Sarah DÉSÉTABLES**



---

# Remerciements

---

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au soutien de plusieurs personnes à qui je voudrais exprimer toute ma gratitude.

J'adresse mes sincères remerciements à ma tutrice de stage Madame Virginie Rozée, chercheuse à l'Institut national d'études démographiques, pour sa bienveillance, son encadrement et ses judicieux conseils.

Je remercie ma directrice de mémoire Madame Clélia Gasquet-Blanchard pour ses précieuses suggestions lors de la rédaction de mon mémoire.

Je désire aussi remercier toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette post-enquête.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance à Sophie et Charlotte pour leur présence, leur disponibilité et leur écoute qui a grandement facilité l'écriture de ce travail.

Joseph, mon premier relecteur, merci pour toutes les gentilles attentions qui m'ont fait du bien pour décompresser dans les moments difficiles.

Une pensée particulière à mes parents qui m'ont hébergé durant toute la durée du stage et m'ont toujours soutenue.

Un grand merci aussi à Mathurin pour ce magnifique index.



---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
État des savoirs.....	3
Problématisation.....	19
Méthodologie.....	21
Analyse des résultats.....	27
Conclusion.....	53
Index.....	57
Bibliographie.....	59
Liste des annexes.....	63
Table des matières.....	85



---

## **Sigles et acronymes**

---

ARS : Agence régionale de santé

CNGOF : Collège national des gynécologues-obstétriciens français

Cnis : Conseil national de l'information statistique

Cnil : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DROM/COM : Départements et régions d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer

EHESP : École des hautes études en santé publique

HAS : Haute autorité de santé

HCEfh : Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes

Ined : Institut national d'études démographiques

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IVG : Interruption volontaire de grossesse

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

TeO2 : Trajectoires et origines 2



## Introduction

Depuis quelques années, de nombreux témoignages de femmes circulent dans les médias pour dénoncer des traitements subis lors de l'accouchement ou de consultations gynécologiques. Les faits relatent des commentaires déplacés, des pratiques non consenties, voire des agressions sexuelles et des viols et se réunissent sous l'expression « violences gynécologiques et obstétricales ». Des scandales éclatent comme en septembre 2021 avec l'affaire Émile Daraï, professeur à l'hôpital Tenon à Paris, visé par 190 témoignages de violences et 28 plaintes pour viol et viol sur mineure (#NousToutes, 2022). Plus récemment, depuis juin 2022, une enquête est ouverte contre Chryssoula Zacharopoulou, secrétaire d'État, accusée de viol et d'agression sexuelle par deux patientes et une pour violence (Ibid.). Face au nombre croissant des témoignages, la Première ministre Élisabeth Borne décide de saisir le Comité consultatif national d'éthique le 6 juillet 2022. Il doit apporter sa réflexion sur la notion de consentement lors des examens gynécologiques et formuler des recommandations d'ici la fin de l'année. C'est dans ce contexte que s'inscrit mon mémoire.

J'ai toujours été particulièrement intéressée par la thématique genre et violences. C'est pendant mes études d'infirmière que j'ai commencé à m'intéresser à ce sujet. Lors d'un stage dans un service d'urgences d'un grand hôpital parisien, j'ai observé les équipes soignantes prendre en soin des femmes victimes de violences conjugales. Comme les urgences sont l'un des premiers lieux d'accueil des personnes ayant subi des violences, je me suis interrogée sur la fréquence à laquelle le personnel soignant était confronté à ces situations et s'il était sensibilisé sur ce sujet. C'est pourquoi j'ai ciblé mon mémoire de licence sur rôle de l'infirmier·ère dans la prise en soins et le dépistage des violences, et plus spécifiquement des violences conjugales. Lors de ce travail, j'ai ainsi constaté le manque de formation des équipes soignantes sur ce sujet.

Après avoir exercé pendant deux ans, j'ai intégré le master de santé publique de l'École de hautes études en santé publique (EHESP). Pour approfondir mes connaissances sur le sujet des violences, j'ai choisi de travailler dans le cadre d'une unité d'enseignement sur la base de données VIRAGE (2015). Je m'en suis servie pour étudier les violences subies par les femmes et les hommes dans l'espace public dans la région Bretagne.

Dans la continuité, j'ai donc cherché un stage en rapport avec la thématique du genre et les violences. J'ai été mise en contact avec Virginie Rozée, chercheuse à l'Institut national d'études démographiques (Ined). Elle m'a expliqué travailler sur la post-enquête « Trajectoire et origines 2 » (TeO2). L'objectif de cette post-enquête est de mener des entretiens auprès des femmes ayant répondu à l'enquête TeO2, réalisée en 2019, pour connaître leur expérience en matière de suivi gynécologique. Les femmes sélectionnées

pour ces entretiens sont originaires des DROM/COM ou d'Afrique subsaharienne. Elles ont déclaré lors de l'enquête TeO2 ne pas avoir eu de frottis depuis plus de trois ans et/ou ne pas prendre de contraception médicalisée (pilule, stérilet, implant). Ces femmes sont considérées comme en marge des « normes » gynécologique et contraceptive. La post-enquête s'intéresse aux raisons pouvant expliquer la démedicalisation du suivi gynécologique de ces femmes. Mon travail s'affilie à cette recherche (cf. Annexe 1).

Après discussion avec ma tutrice Virginie Rozée, il nous a semblé pertinent d'axer mon travail sur l'une des hypothèses formulées. Je me concentre sur l'analyse des expériences personnelles des femmes racisées « noires » et l'influence qu'elles peuvent avoir sur la santé sexuelle et reproductive. La question des violences gynécologiques et obstétricales est donc abordée durant les entretiens.

Avant tout, il est nécessaire de présenter un état des savoirs sur cette question.

## État des savoirs

### 1- Le suivi gynécologique et obstétrical : de quoi parle-t-on ?

#### 1.1- L'étendue de cette spécialité

La gynécologie-obstétrique est une discipline scientifique qui s'adresse essentiellement aux femmes. Selon le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCEfh), cette spécialité peut se définir de la façon suivante :

« La gynécologie a pour objet le diagnostic et le traitement des maladies de l'appareil génital et du sein (maladie de l'utérus, de l'ovaire, du sein, maladies sexuellement transmises), le dépistage des cancers gynécologiques par des frottis et des mammographies en collaboration avec des radiologues, la prise en charge du traitement de la stérilité, la régulation des naissances (contraception ou IVG) et le traitement des troubles de la ménopause.

L'obstétrique est la surveillance du déroulement de la grossesse et de l'accouchement. » (HCEfh, 2018)

Les femmes sont donc invitées à consulter régulièrement au cours de leur vie. Ce suivi s'adapte en fonction de l'âge des femmes, mais fait aussi écho aux stéréotypes de genre que véhicule la société : « début de l'âge fertile où une stricte contraception est escomptée, milieu de l'âge fertile où la maternité est la norme et où l'espacement des naissances va de soi, extrémité de l'âge fertile où les techniques d'assistance à la procréation jouent un rôle croissant, ménopause où les femmes sont incitées à combattre le vieillissement de leur corps et à rester sexuellement actives aussi longtemps que possible » (Vuille, 2021). En prenant en compte les différentes raisons qui les poussent à consulter (contraception, grossesse, frottis, etc.), une femme aura en moyenne cinquante rendez-vous gynécologiques entre ses 15 ans et ses 45 ans, (HCEfh, 2018).

Les nombreuses campagnes de santé publique rappellent l'importance d'un suivi gynécologique régulier en se basant sur les recommandations formulées par la Haute autorité de santé (HAS). Dans les pays développés, les femmes des classes moyennes et supérieures ont intégré cette norme de consulter ponctuellement en prévention de toute pathologie (Vuille, 2021). Ces campagnes mettent l'accent sur les dépistages du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein.

Le cancer du col de l'utérus est surtout causé par des papillomavirus. Ces virus potentiellement oncogènes se transmettent essentiellement lors des rapports sexuels (Assurance maladie, 2022). Ils peuvent être détectés grâce aux frottis. Les échantillons récoltés lors de l'examen sont ensuite envoyés en laboratoire. Il est recommandé aux

femmes âgées de 25 à 29 ans de réaliser deux examens cytologiques<sup>1</sup> à un an d'intervalle. S'ils sont normaux, ce test peut ensuite être pratiqué tous les trois ans (HAS, 2020). Pour les femmes de 30 à 65 ans, un test HPV-HR<sup>2</sup> est pratiqué, car plus fiable que l'examen cytologique. Un premier test HPV-HR doit être effectué trois ans après le dernier examen cytologique. Cet examen est à renouveler tous les cinq ans, et ce jusqu'à l'âge de 65 ans (Ibid.).

Concernant le cancer du sein, la HAS conseille un examen clinique tous les ans à partir de 25 ans. Les femmes âgées entre 50 ans et 74 ans doivent effectuer une échographie mammaire ou une mammographie tous les deux ans (HAS, 2014).

Pour encourager les femmes à consulter, le Plan cancer 2014-2019 prévoit l'envoi d'un courrier du centre régional de coordination des dépistages des cancers aux personnes n'ayant pas suivi ces recommandations. Ce courrier les incite à prendre rendez-vous avec leur gynécologue, médecin généraliste ou sage-femme. Sur présentation de cette lettre, le test est remboursé à 100 %, cependant la consultation reste aux frais de la patiente. Si ce courrier est un bon moyen de rappeler l'importance des dépistages réguliers, il ne tient pas compte des difficultés à prendre un rendez-vous avec un-e professionnel-le (Konopka et al., 2019). D'ailleurs, la faible proportion de dépistage du cancer du col de l'utérus s'explique par une densité médicale faible (Ibid.).

## **1.2- Les professions responsables du suivi**

Il existe quatre types de professionnel-le-s pouvant réaliser un suivi gynécologique : les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues médicaux-les et les gynécologues obstétricien-ne-s. Les gynécologues restent les professionnel-le-s les plus consulté-e-s lorsqu'il s'agit de réaliser un frottis ou un suivi de grossesse (Konopka et al., 2019 et HCEfh, 2018). Les femmes les plus jeunes, entre 15 ans et 19 ans, vont plutôt s'adresser à un médecin généraliste (HCEfh, 2018). Les sages-femmes restent peu identifié-e-s par les patientes pour le suivi gynécologique, pourtant leur champ de compétences s'élargit depuis 2009. Par contre, pour la grossesse, un quart des femmes ont été suivies par des sages-femmes en maternité publique ou en secteur libéral et iels ont effectué 87,4 % des accouchements par voie basse non instrumentale (Inserm & Drees, 2017).

La concentration de ces professionnel-le-s diffère d'un territoire à l'autre. Les professions médicales libérales bénéficient du principe de liberté d'installation. Elles sont donc plus présentes dans les grands pôles ce qui explique le faible nombre de médecins dans certains territoires.

---

<sup>1</sup> analyse de la morphologie des cellules prélevées à l'aide d'un microscope

<sup>2</sup> recherche de l'ADN du virus HPV à haut risque

En 2021, le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) dénombre 4999 gynécologues-obstétricien·ne·s en activité régulière. Leur moyenne d'âge est de 46 ans et iels exercent majoritairement en tant que salarié·e·s (CNOM, 2021). Leur répartition sur le territoire dépend en partie de la localisation des maternités. D'après le rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), en France métropolitaine, la densité est de 17,6 pour 100 000 femmes âgées de plus de 15 ans (ONDPS, 2021). Au sein d'une même région, les différences de densité entre les départements peuvent passer du simple au double. C'est le cas dans la région Pays de la Loire où la densité moyenne est de 14,9, mais dans le département de la Mayenne elle est de 7,9, contre 17,4 en Maine-et-Loire.

Pour ce qui est des gynécologues médicaux·les, le CNOM en recense 891 en 2021. 51 % de leur effectif est âgé de plus de 60 ans. Leur faible nombre et l'âge élevé de ces professionnel·le·s s'expliquent par la fermeture de la spécialité entre 1984 et 2003. Aujourd'hui seulement une soixantaine de nouveaux et nouvelles gynécologues sont formé·e·s chaque année. La densité nationale est de 9,8 pour 100 000 femmes âgées de plus de 15 ans (ONDPS, 2021). Encore une fois, les écarts entre régions et départements sont extrêmement importants, par exemple la densité est de 17,5 en Île-de-France, contre 5,5 en Bourgogne-Franche-Comté.

Les médecins généralistes sont au nombre de 94 538 en 2021 (ONDPS, 2021). La densité moyenne est de 140 médecins généralistes pour 100 000 habitants, une diminution depuis 2012 qui s'explique par l'augmentation de la population française et une baisse de l'effectif des médecins (Ibid.).

Contrairement aux professions médicales, l'implantation des sages-femmes libérales dépend du zonage géographique décidé par l'Agence régionale de santé (ARS). Cela vient donc compenser le faible effectif ou l'absence de gynécologues à certains endroits. Au total, 23 397 sages-femmes sont en activité en 2021 (Ibid.). Cet effectif suit une croissance continue depuis trente ans.

La répartition sur le territoire de ces professions explique pourquoi certaines femmes ont plus de difficultés à obtenir un rendez-vous dans des délais courts. Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), les délais d'attente sont en moyenne de 44 jours pour un·e gynécologue et de six jours pour un·e médecin généraliste (Drees, 2018).

Les missions de ces quatre professions sont similaires, ce qui génère une certaine concurrence entre elles : les compétences des sages-femmes sont régulièrement remises en question par les gynécologues et les médecins généralistes ont l'impression « d'être "évincés" de la surveillance des grossesses non pathologiques » (ONDPS, 2021). Pour mieux comprendre les interactions entre ces groupes professionnels, il est important de

s'intéresser à l'histoire de la gynécologie-obstétrique, qui est fortement liée à celle de l'appropriation du corps des femmes.

### **1.3- L'histoire de l'appropriation du corps des femmes par la médecine**

En France, pendant longtemps, l'accouchement est synonyme d'angoisse. Il se conclut régulièrement par le décès de la mère ou de l'enfant. C'est un évènement public, contrairement à aujourd'hui. En effet, la mère est entourée par toutes les femmes de sa famille, ses amies et ses voisines. Une matrone est également présente. Cette femme souvent veuve et âgée assiste la parturiente et l'aide à s'accoucher. Elle a acquis son savoir de manière empirique et laisse surtout la nature faire les choses (ONDPS, 2021).

Au XVI<sup>e</sup> siècle, la religion tient une place importante dans la vie quotidienne. Le curé est un tuteur moral dans les villages. À cette période, les prêtres sont de plus en plus méfiants vis-à-vis des matrones. Comme l'accouchement est une affaire de femmes, ils ne maîtrisent pas cet aspect de la vie de la commune. Ils les suspectent de pratiquer des avortements, des accouchements cachés ou encore des abandons d'enfants conçus hors mariage. C'est pourquoi en 1556, un Édît royal oblige toutes les femmes à faire enregistrer leurs grossesses. Au XVII<sup>e</sup> siècle, toujours dans cette logique de contrôler davantage l'exercice des matrones, certaines femmes deviennent « jurées ». Elles sont chargées de surveiller l'application des bonnes mœurs dans les villages, elles dénoncent donc les enfants illégitimes et vérifient la virginité des femmes avant le mariage. À la fin du XVII<sup>e</sup> siècle, elles sont présentes dans toutes les communautés villageoises. Elles sont appelées « sages-femmes » en opposition aux matrones.

L'accouchement est un univers de femmes, de plus, l'Église voit d'un mauvais œil la présence d'un homme lors de ces évènements. Seuls les chirurgiens sont autorisés à entrer dans les chambres lors des accouchements. Ils sont très rarement appelés et interviennent uniquement pour retirer les fœtus morts. Les chirurgiens sont majoritairement des hommes des villes qui ont développé leur savoir de manière empirique sur les champs de bataille. Au fil du temps, ils s'instruisent grâce aux livres et acquièrent des connaissances théoriques.

Cependant, avec la fragilisation du pouvoir de l'Église au XVIII<sup>e</sup> siècle, l'accréditation des sages-femmes n'est plus à la main des curés, mais des chirurgiens. Ces derniers qui luttent depuis plusieurs années pour être reconnus au même titre que les médecins assoient ainsi leur position au frais des sages-femmes. Désormais, elles ont l'obligation de faire appel à eux pour les accouchements difficiles.

Certains chirurgiens voient dans cette spécialité délaissée par les médecins, la possibilité de s'élever. Ils deviennent des « accoucheurs » et cherchent à améliorer leurs pratiques. L'arrivée des forceps transforme l'image de cette profession. Cet instrument ne sert pas,

contrairement aux autres, à extraire des nourrissons morts, mais il sauve des vies. L'accouchement se médicalise et une nouvelle science voit le jour, celle de l'obstétrique. Dorénavant, ces chirurgiens exigent que les femmes se mettent dans une nouvelle posture pour accoucher, celle que l'on connaît aujourd'hui comme la position gynécologique.

Les chirurgiens exercent principalement dans les hôpitaux, à cette époque, réservés aux indigent-e-s. À leur côté, des sages-femmes sont présentes en tant qu'assistantes. Au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, le manque d'hygiène dans ces structures cause de nombreux décès et une attention particulière est apportée à la salubrité des salles d'accouchements. La théorie des miasmes est répandue : on pense que les maladies se transmettent par le mauvais air. C'est pourquoi les chirurgiens-accoucheurs font sortir toutes les personnes présentes dans la pièce et aèrent les salles d'accouchement. Cet événement qui est jusqu'alors un acte public devient privé.

Toujours au XVIII<sup>e</sup> siècle, nous sommes dans l'ère du « populationnisme ». L'État, avec l'aide de l'Église, incite la population à se reproduire. Les matrones sont alors montrées du doigt avec leur savoir d'un autre temps et sont tenues responsables de l'importante mortalité des nouveau-nés. L'État décide de former les sages-femmes. Ce ne sont plus les femmes âgées du village qui se transmettent leurs savoirs, désormais les sages-femmes sont des filles jeunes et instruites. Avec l'arrivée de Pasteur, l'hygiène à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle s'améliore considérablement dans les hôpitaux. La mortalité maternelle diminue et offre la possibilité de parfaire certaines techniques comme la césarienne et d'améliorer les soins apportés aux prématurés.

Suite aux répercussions de la Première Guerre mondiale, la France constate une grande diminution de la natalité. L'État Providence incite massivement la population à se reproduire. De nombreuses politiques natalistes et familiales voient le jour, telles la prime d'allaitement ou la gratuité du suivi de grossesse. Toutes ces mesures encouragent les femmes à se tourner vers les maternités, ce qui pénalise les sages-femmes qui pratiquent surtout des accouchements à domicile. Ces dernières regrettent que l'hôpital n'accueille pas seulement les accouchements difficiles. En 1952, le nombre d'accouchements à l'hôpital dépasse celui des accouchements à domicile.

Après les luttes pour le droit à la contraception (loi Neuwirth 1967) et à l'avortement (loi Veil 1974), les années 70 sont marquées par une remise en question « de la place attribuée au progrès technique et médical en matière d'obstétrique » (Topçu, 2021). À cette époque, la représentation pathologique de la grossesse qui nécessite une médicalisation et une surveillance accrue reste prépondérante. En opposition à cette vision, de nouvelles méthodes voient le jour telles que la naissance sans violence de Frédéric Leboyer. La méthode de l'accouchement sans douleur de Fernand Lamaze datant des années 50 revient également au goût du jour. Ces deux procédures sont toutefois vivement critiquées

par les « défenseur·se·s de l'obstétrique scientifique » (ibid.). Elles sont jugées trop dangereuses : il vaut mieux préférer la sécurité au confort (Théobaud, 1986 cité dans Topçu, 2021). De plus, la péridurale fait son apparition résolvant les problèmes de douleurs. Cette technique est également décriée car elle rend la parturiente passive et justifie l'évolution du terme « s'accoucher » en « être accouchée ». De plus, la péridurale vient accentuer la médicalisation des accouchements et ajoute une deuxième tutelle médicale avec la présence de l'anesthésiste. C'est pourquoi le rôle des sages-femmes se limite de plus en plus à la préparation à l'accouchement (ONDPS, 2021).

Le ministère de la Santé renforce le rôle des gynécologues en consultant régulièrement le Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF) pour prendre des décisions sur les politiques de périnatalité. La sociologue Béatrice Jacques explique que « cette proximité nouvelle avec les pouvoirs publics permet aux gynécologues-obstétriciens d'étendre leur pouvoir et surtout de décider seuls de l'orientation de la discipline » (Jacques, 2007 cité dans ONDPS, 2021). Les différents plans périnatalité, qui ont pour objectif d'améliorer les indicateurs périnataux<sup>3</sup> de la France, vont accentuer la médicalisation de la grossesse, notamment avec le passage à quatre consultations de suivi obligatoires pendant la grossesse. De nos jours, les politiques publiques qui s'intéressent aux besoins de l'enfant et de ses parents continuent dans cette direction. C'est le cas du programme des 1000 premiers jours de l'enfant qui préconise une consultation pré-conceptionnelle (Jarty, 2022).

Dans cette partie, nous avons vu dans cette partie qu'au cours du temps les médecins se sont petit à petit appropriés le corps des femmes en pathologisant la grossesse et en médicalisant l'accouchement. Aujourd'hui, les femmes sont encouragées à avoir un suivi gynécologique régulier, sans forcément tenir compte des difficultés à obtenir un rendez-vous dans certains territoires. En raison de toutes ces particularités, les consultations gynécologiques et obstétricales sont le lieu privilégié de violences sexistes.

---

<sup>3</sup> Les principaux indicateurs périnataux sont le taux de mortalité infantile, le taux de mortalité néonatale, le taux de mortinatalité, le taux de mortalité périnatale et le taux de mortalité maternelle.

## 2- Qu'entend-on par violences gynécologiques et obstétricales ?

### 2.1- Un concept nouveau en France

Le concept de violences gynécologiques et obstétricales, arrivé en France récemment est issu de mobilisations en Amérique latine dans les années 2000.

Comme nous avons vu précédemment, au XX<sup>e</sup> siècle l'accouchement est majoritairement perçu comme une pathologie. Puisqu'il provoque des souffrances pour la mère et l'enfant, il est nécessaire d'éviter ces douleurs à l'aide d'intervention chirurgicale ou l'administration de médicaments (Diniz et al., 2021). En Amérique latine, comme ailleurs, les femmes sont donc sédatisées et ont parfois comme effets secondaires de fortes agitations et des hallucinations rendant les accouchements particulièrement violents. En réaction à ces « prises en charge agressives », de nombreuses mobilisations féministes demandent l'humanisation de l'accouchement (Ibid.). En 1996, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie un guide promouvant une approche respectueuse des femmes lors des accouchements. Ces documents officiels et largement diffusés offrent un véritable soutien aux mouvements féministes. C'est en 2009, au Venezuela, en Argentine et dans plusieurs états du Mexique, qu'une loi reconnaît pour la première fois les violences obstétricales (Ibid.).

La communauté scientifique se saisit de plus en plus de ce concept et il s'exporte rapidement dans les pays anglo-saxons. En France, les mobilisations débutent dans les années 2010. Elles aboutissent en 2018 à l'écriture d'un rapport par le HCEfh commandé par Marlène Schiappa (Schantz et al., 2021). Il définit les violences gynécologiques et obstétricales comme :

« les actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un·e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignant·e·s — de toutes spécialités — femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant·e·s. Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves. » (HCEfh, 2018)

À partir de cette définition, six types d'actes sexistes sont identifiés par le HCEfh :

1. La non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation ;
2. Les propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, la volonté ou non d'avoir un enfant, qui renvoient à des injonctions sexistes ;
3. Les injures sexistes ;
4. Les actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente ;
5. Les actes ou refus d'acte non justifiés médicalement ;
6. Les violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol.

Le quatrième point rappelle l'importance de la recherche de consentement. Selon la loi Kouchner du 4 mars 2002, le « consentement libre et éclairé » de la patiente pour tout acte médical ou traitement doit être obtenu par le personnel soignant. Cependant, en France, les consultations gynécologiques qui se déroulent majoritairement en libéral sont courtes et peu compatibles avec la recherche de consentement. Il est donc souvent tenu pour acquis à partir du moment où la femme entre dans le cabinet. Cette organisation entraîne un risque accru de violences (Fonquerne, 2021).

La sociologue Lucile Quéré s'est penchée sur les formes de consentement dans les consultations gynécologiques. Dans un contexte de violences gynécologiques, elle s'intéresse à la manière dont les patientes identifient leurs droits lors des consultations et les « pratiques de résistance » qu'elles usent (Quéré, 2019). Trois cadres émergent de son analyse.

- Le premier est le **cadre conformiste**. Ce sont des femmes plus âgées, faiblement diplômées et issues de milieux sociaux populaires. Les patientes faisant partie de ce cadre ont intériorisé cette nécessité de médicalisation de leur santé sexuelle et reproductive. Elles se plient aux attentes du corps médical et acceptent le rapport hiérarchique entre elles et les médecins.
- Le **cadre contractualiste** concerne plutôt les femmes dites « entre deux âges » et qui ont une « socialisation différente de la santé ». La relation entre la patiente et les professionnel·le·s prend la forme d'un contrat. Les femmes fixent des règles et ont des attentes fortes dans leur relation avec leur médecin. Si elles ne sont pas satisfaites, les patientes choisissent d'aller voir quelqu'un d'autre. Ici, « le consentement éclairé est pensé en termes de confiance en la gynécologue ».
- Et enfin, le **cadre féministe** implique les patientes de moins de 30 ans et diplômées de l'enseignement supérieur. Ces femmes ont conscience qu'il existe un rapport de pouvoir entre les médecins et les patient·e·s dans n'importe quelle spécialité, mais qu'il est d'autant plus fort en gynécologie. Elles connaissent leurs droits, sans savoir

pour autant ce que dit exactement la loi de 2002. Selon elles, le respect du consentement est souvent lié à l'absence de violences. Ces patientes vont avoir tendance à éviter de se retrouver dans une situation où elles vont devoir se défendre. C'est pourquoi elles recherchent un·e gynécologue « sûr·e ».

Selon Lucile Quéré, les femmes ne sont pas pour autant enfermées dans un seul cadre, elles peuvent puiser dans chacun d'entre eux.

La prise en compte des violences gynécologiques et obstétricales fait son chemin en France. L'utilisation de cette expression ne fait cependant pas consensus dans la communauté scientifique dans laquelle elle est défendue ou critiquée pour différentes raisons.

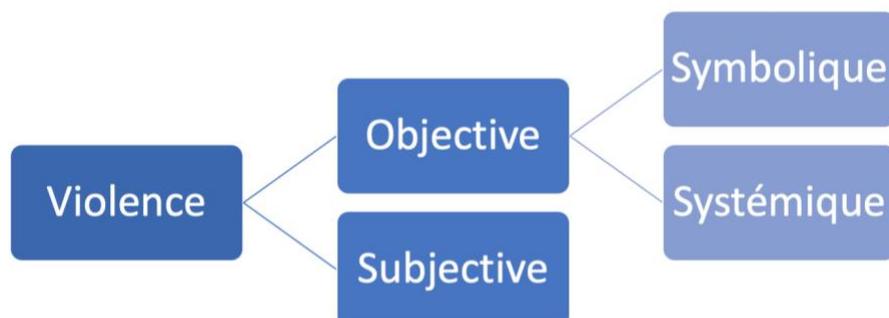
## **2.2- Un concept qui fait polémique**

Souvent quand on parle de violence on imagine « le pire », comme des viols ou des meurtres commis par des individus dérangés de façon volontaire ou contrainte (Wolf, 2013). Il est donc difficile pour certain·e·s d'associer ce terme aux soins et encore plus à l'accouchement. C'est bien ce sous-entendu d'intentionnalité qui pose problème avec le terme « violence ». Cependant, il est difficile de parler de ce concept « avec les usagères sans utiliser le même vocable qu'elles » (Yamgnane et al., 2020). Le choix d'utiliser le terme « violences » s'explique par le désir de respecter le vécu et le ressenti des femmes, mais aussi d'éviter la minimisation de leurs expériences et du problème systémique sous-jacent.

Sylvie Lévesque et al. (2018) proposent une définition de ce concept. Selon elles, la violence obstétricale n'est pas forcément liée à une volonté de nuire, mais il y a une intention de ne pas prendre en compte le choix de la patiente. On revient donc sur la notion de consentement, si importante dans les soins. Ghada Hatem-Gantzer (2020) fait référence au lien entre échographie endovaginale et viol : « pour qui travaille en procréation médicalement assistée (PMA), les 25 échographies endovaginales réalisées chaque matin évoquent assez peu le viol, même pour les patientes » (Hattem-Gantzer, 2020). Pourtant l'intérêt de cet examen n'est pas remis en cause par les femmes. Si nous reprenons l'Article 222-23 du Code pénal : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol ». C'est donc bien l'absence de consentement durant la pratique de l'échographie qui est dénoncée et non l'examen en lui-même. De plus dans cet article Ghada Hatem-Gantzer laisse entendre qu'il n'est pas toujours possible de recueillir le consentement. La définition donnée par le HCEfh ne tient pas compte de la réalité du terrain.

Les violences s'inscrivent dans le système des soins. La philosophe Allison B. Wolf (2013) reprend la théorie de Slavoj Žižek. Selon lui, il existe deux types de violence : la violence

subjective et la violence objective. La violence subjective est la plus facile à discerner. Elle correspond à une « déviation du normal » et est exercée par des agents identifiables (Ibid.). Tandis que la violence objective fait partie de notre quotidien, elle est donc plus difficile à déceler. Dans cette catégorie de violence objective, Allison B. Wolf distingue deux sous-catégories : la violence symbolique et la violence systémique. Cette dernière est le résultat d'un système, du fonctionnement d'institutions.



*Les types de violences selon Allison B. Wolf (2013)*

Les violences obstétricales rentrent dans cette catégorie : les accouchements médicalisés ont lieu dans des institutions dans la majorité des cas et font partie des pratiques quotidiennes des soignant-e-s. C'est pourquoi les femmes ont du mal à identifier et intégrer ces violences. La reconnaissance de ces dernières comme « problématique sociale » peut faciliter leur repérage (Lévesque et al., 2018). Pour cela, les politiques publiques ont besoin de s'approprier le sujet et les mobilisations citoyennes doivent continuer (Ibid.). C'est en dénonçant ces violences sur les réseaux sociaux que de nombreuses femmes retrouvent « leur pouvoir de décision sur leur corps » (Schantz et al., 2021).

### **2.3- Le rôle des médias dans la prise en compte de ces violences**

Nous avons vu plus haut que diverses méthodes pour un accouchement sans douleur et moins médicalisé ont vu le jour entre les années 1950 et 1970. Même si ces méthodes sont promues par des hommes, les femmes qu'elles soient professionnelles, usagères ou militantes féministes ne restent pas en marge. De nombreux écrits sont publiés pour dénoncer les violences lors des accouchements (Topçu, 2021). Plusieurs mouvements féministes réfléchissent à un moyen de démedicaliser les accouchements et les maisons de naissance semblent un bon compromis pour éviter le retour aux accouchements à domicile (Azcué & Tain, 2021).

Il faut cependant attendre les années 2010 pour que les violences obstétricales soient reconnues comme un problème public grâce à l'affluence des témoignages. Les prises de paroles se déroulent tout d'abord sur les réseaux sociaux et les blogs, comme celui Marie-Hélène Lahaye, *Marie accouche là*, lancé en 2013. En 2015 une tribune dénonce la pratique des touchers vaginaux sur les patientes endormies sans leur consentement préalable.

Suite à ces révélations, de nombreux hashtags voient le jour tels que #PayeTonUtérus (Salles, 2021). En l'espace de 24 heures, près de 7000 paroles de femmes sont recueillies sous ce hashtag. Les actes relatés sont majoritairement des propos jugeant la sexualité, la tenue ou le poids plutôt que des gestes (HCEfh, 2018). Des émissions de radio et des podcasts viennent compléter les témoignages écrits.

En 2017, en plus des récits écrits et oraux, de nombreuses vidéos et films sortent pour dénoncer les violences subies. Les violences ne sont pas captées en directes, ce sont des témoignages *a posteriori* ou des fictions qui sont montrés. À la différence des autres moyens de dénonciation utilisés « la monstration des visages renforce le rôle central du ressenti de la victime dans l'élaboration de la notion de violence obstétricale, contribuant par là à sa légitimation. » (Salles, 2021). L'émotion des femmes qui racontent leurs expériences est visible, ce qui évite la minimisation des traumatismes subis. Le regroupement d'expériences personnelles révèle l'importance du phénomène et son caractère systémique (Ibid.).

Le concept de violences gynécologiques et obstétricales est nouveau en France. Toutes les femmes ne connaissent pas encore cette expression ou ne la cautionnent pas. De plus, comme ces violences sont systémiques, elles sont d'autant plus difficilement identifiables par les patientes. C'est donc en diffusant des témoignages que les femmes pourront gagner en *empowerment*. Cependant toutes les femmes ne sont pas égales face aux violences. Au-delà du sexe, il existe une différenciation des soins, voire une exacerbation des violences selon la race et la classe sociale



### **3- Comment les femmes racisées « noires » sont-elles confrontées aux soins gynécologiques et obstétricaux ?**

#### **3.1- Race, raci(al)isation et discriminations**

Du point de vue de la biologie, le concept de « race » n'est pas fondé car il n'existe pas de différence entre les êtres humains. Pourtant, dans le champ de la sociologie, ce concept est présent. Selon Christian Poiret, il existe « des groupes racisés, constitués d'individus bien réels qui tendent à être traités comme l'incarnation de leur groupe d'appartenance et qui doivent donc apprendre à faire avec » (Poiret, 2011).

Contrairement aux États-Unis, en France peu de travaux scientifiques étudient les rapports de race. C'est en partie dû à l'un des fondements de l'universalisme républicain qui est le *colorblindness*. En effet, selon l'article 1 de la Constitution de 1958 : « la France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion ». En 2018, l'Assemblée nationale décide de supprimer le mot « race ». Dans le milieu de la recherche, certain·e·s préfèrent parler d'« ethnicité », mais cela est vu comme un euphémisme du processus de racialisation et cela contribue à invisibiliser les rapports de domination (Telep, 2021).

La racialisation est un processus de catégorisation des individus selon leurs différences perçues par le groupe majoritaire et de hiérarchisation de ces catégories. Les distinctions retenues sont essentiellement des caractéristiques physiques comme la couleur de peau. Les majoritaires se considèrent comme la référence et les minoritaires doivent se construire en opposition, en luttant souvent contre les stéréotypes qu'on leur a assignés. Ce mécanisme correspond à la « face mentale du racisme » (Poiret, 2011). Il s'appuie sur trois niveaux : la perception populaire, les arguments soi-disant scientifiques et l'opinion politique. Cette idéologie raciale apparaît vers la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, elle sert à légitimer la domination et l'exploitation de certaines populations (Poiret, 2011 et Telep, 2021). La racisation est la « face matérielle » du racisme, elle englobe les actes justifiés par la racialisation (Poiret, 2011).

Les discriminations sont la conséquence de ces rapports sociaux de domination/subordination entre majoritaires et minoritaires (Ibid.). Elles peuvent se dérouler à différents moments du parcours de vie des personnes minoritaires, comme lors de l'accès à un travail ou bien à un logement. Le milieu médical ne fait pas exception, les pratiques des soignant·e·s sont aussi dictées par des biais racistes involontaires (Brut., 2022).

#### **3.2- La notion de « valeur sociale » dans le milieu médical**

Anne Paillet analyse trois anciennes recherches ethnographiques qui portent sur la différenciation sociale des pratiques médicales (Paillet, 2021). Malgré une volonté de traiter

toutes les personnes de la même façon, les médecins sont influencé·e·s par certaines caractéristiques de leurs patient·e·s. Dans les années 1960, Barney Glaser et Anselm Strauss ont constaté les effets de l'âge, du statut familial, socio-économique et ethnoracial sur la prise en charge de patient·e·s en fin de vie dans six hôpitaux différents. Dans ces services, ils remarquent que les patient·e·s se voient attribuer un « coefficient de perte sociale » ou encore une « valeur sociale ». Les soignant·e·s jugent les conséquences que la mort de la personne entraînera pour sa famille, sa profession et la société. Les individus avec un coefficient de perte sociale faible reçoivent des soins de moins bonne qualité que les autres. Cette façon de réfléchir n'est pas héritée de l'apprentissage du métier, les professionnel·le·s n'ont pas conscience qu'ils agissent de la sorte. Les soignant·e·s « apportent à l'hôpital les valeurs de notre société et agissent en fonction » (Glaser et Strauss, 1964 cité dans Paillet, 2021). David Sudnow (1967) reprend cette idée de valeur sociale. Il s'aperçoit qu'effectivement l'âge a une incidence sur la prise en charge, mais que les soignant·e·s considèrent également les mœurs des patient·e·s. Julius Roth (1972) abonde dans ce sens, d'après Anne Paillet « les jugements moraux sont chez Roth l'une des composantes de la valeur sociale » (Paillet, 2021). Finalement, les différences de traitement se basent sur la notion de mérite : est-ce que le ou la patient·e mérite de recevoir des soins de bonne qualité ?

Si l'impact de l'origine et du genre est peu abordé par ces trois auteurs, force est de constater que certains individus sont plus susceptibles de subir des discriminations dans les établissements de santé. Ce qui est particulièrement le cas des femmes, des immigré·e·s, des personnes d'origine africaine et de religion musulmane (Rivenbark & Ichou, 2020). Ces discriminations ont de lourdes conséquences, car elles entraînent souvent un renoncement aux soins (Ibid.).

Cognet et al. (2012), qui se sont intéressées à l'état de santé des personnes immigrées, constatent qu'il se dégrade avec l'allongement de la durée de résidence en France. La précarité administrative a des répercussions sur les conditions de logement et de travail, mais aussi sur l'accès aux soins. Les femmes immigrées déclarent davantage un moins bon état de santé par rapport aux hommes. Cela s'explique par différents facteurs, notamment par la cumulation de discriminations racistes et sexistes. Les femmes immigrées expriment plus souvent que les hommes immigrés avoir été victimes de discriminations dans l'accès aux soins. Ce qui impacte fortement leur estime d'elle-même et la perception de leur valeur sociale.

Dána-Ain Davis (2018), elle, s'est penchée sur la prise en charge des femmes noires en gynécologie obstétricale. Elle part du constat qu'il existe un traitement différencié des femmes noires dans les soins obstétricaux. Elle met en évidence un racisme particulier qui

se trouve à l'intersection des violences obstétricales et du racisme médical. Elle le nomme le racisme obstétrical (Davis, 2018).

Cette différence de prise en charge met en danger les femmes et leurs nourrissons. Cela illustre parfaitement la définition du racisme donnée par Ruth Gilmore : « le racisme est l'exposition de certaines populations à une mort prématurée » (Brut., 2022).

### **3.3- Des traitements différenciés dans les soins gynécologiques et obstétricaux**

En France, un scandale illustre parfaitement le concept de racisme obstétrical. Nous sommes dans les années 1960, dans un contexte où la contraception et l'interruption volontaire ne sont pas encore autorisées. Pourtant des avortements et des stérilisations sont réalisés par des médecins dans les départements d'outre-mer (DOM) (Vergès, 2017 ; Paris, 2018). Des milliers de femmes noires et pauvres subissent ces pratiques sans y avoir consenti. Sous prétexte d'un risque de surpopulation dans ces territoires, de nombreuses campagnes circulent incitant les femmes noires à avoir moins d'enfants. Au même moment, en métropole, les femmes blanches, elles, sont encouragées à se reproduire. Dans son livre *Le ventre des femmes*, Françoise Vergès dénonce ces politiques antinatalistes symboles de la « postcolonialité républicaine » et d'une gestion du ventre des femmes racialisée.

La racialisation se retrouve encore aujourd'hui, notamment dans les différenciations des pratiques de soins. La notion de « secours paradoxal » explique en partie ces différences de prise en charge. Il y a une volonté de proposer des soins adaptés qui se transforme en violence, car elle limite les choix des patientes (El Kotni & Quagliariello, 2021). La pratique de la césarienne sur les femmes « africaines » illustre ce concept. Le taux de césarienne est plus important chez les femmes originaires de l'Afrique subsaharienne (Sauvegrain, 2013). Les équipes soignantes justifient cette pratique par plusieurs raisons, comme le moins bon état de santé des femmes « africaines » ou les caractéristiques anatomiques de leur bassin, de taille plus petite et de forme anthropoïde (Ibid.). Cette description date des années 1930 et n'a jamais été remise en question, ni même actualisée. Elle est cependant toujours enseignée. Les soignant-e-s informent rarement leurs patientes de ce traitement différentiel (Sauvegrain 2012). D'ailleurs, la délivrance d'informations dépend de la classe sociale, du genre et de la race de la patiente. De nombreuses parturientes « africaines » refusent la pratique de la césarienne, sauf lorsque la vie de leur enfant est en danger. Le manque d'information autour de cet acte peut expliquer son rejet. Les patientes ont également le sentiment qu'il s'agit donc d'un moyen de contrôler leur fécondité, car selon elles, les femmes « françaises » sont moins souvent césarisées. C'est bien parce qu'elles perçoivent cette pratique comme discriminante qu'elles la refusent et non pour des raisons culturelles comme le suggèrent les médecins (Sauvegrain, 2013).

Si les femmes « françaises » revendiquent de plus en plus un accouchement démedicalisé, la proposition d'un accouchement dit « naturel » aux femmes originaires d'Afrique subsaharienne peut être perçue comme une discrimination faite en raison de leur origine (El Kotni & Quagliariello, 2021). Toutes les femmes n'ont donc pas la même perception des violences et des discriminations. Cette subjectivité rend d'autant plus difficile leur identification et par conséquent leur dénonciation.

## Problématisation

Nous venons de voir qu'au cours de l'histoire de la gynécologie-obstétrique, le domaine médical s'est doucement approprié le corps des femmes. En raison de la régularité des rendez-vous dans la vie d'une femme, mais aussi par le caractère intime des consultations, il arrive que les patientes soient confrontées à des actes sexistes. Ces violences sont particulièrement difficiles à identifier, car elles résultent du fonctionnement du système de soins.

Lors des consultations, le classisme et le racisme s'ajoutent au sexisme. Notre revue de littérature montre que les femmes racisées « noires » (originaires d'Afrique subsaharienne ou des DOM) sont particulièrement exposées à des discriminations de sexe, classe et race. Les soins différenciés qu'elles reçoivent concernant leur santé reproductive et sexuelle peuvent avoir de graves répercussions, notamment celles de ne plus consulter.

Il existe peu d'études en France sur l'impact de l'origine dans la prise en charge médicale de la santé sexuelle et reproductive en raison de l'universalisme républicain. L'enquête TeO2 offre cette opportunité. À mon arrivée sur le lieu de stage, l'objectif général de la post-enquête TeO2 est déjà défini. Le but est d'explorer l'impact des origines sur la santé sexuelle et reproductive au sein de la population des femmes en France. L'hypothèse de recherche est que les femmes racisées « noires » sont plus exposées aux discriminations, ce qui impacte leur prise en charge gynécologique et obstétricale ainsi que l'exercice de leurs droits par rapport à cette spécialité.

Pour répondre à cet objectif, trois hypothèses sont formulées :

**Hypothèse 1.** L'absence de suivi en matière de santé sexuelle et reproductive est liée à des difficultés d'accès aux soins, qu'elles soient géographiques, économiques ou sociales (Poncet et al., 2013 ; Bretin et Kotobi, 2016).

**Hypothèse 2.** L'absence de suivi est liée à des expériences personnelles (objectives et/ou subjectives) négatives, lors de précédents suivis médicaux, en particulier gynécologiques et obstétricaux, qui font que les femmes refusent de médicaliser leur santé reproductive et sexuelle.

**Hypothèse 3.** L'absence de suivi gynécologique est un acte de résistance et de résilience par des femmes qui refusent une biomédicalisation excessive de leur corps sexuel et reproductif, dénoncent un rapport de pouvoir et de domination avec les professionnel-le-s de santé, et/ou optent pour des alternatives ne nécessitant pas un suivi régulier - méthodes de régulation des naissances « naturelles », militantes et solidaires telles que l'auto-gynécologie par exemple (Koechlin, 2019).

Après la lecture du projet de recherche de la post-enquête TeO2 et ma revue de littérature, plusieurs questions ont émergé. Quel est le ressenti des femmes concernant le suivi gynécologique et obstétrical en France ? Comment le concept de violences gynécologiques et obstétricales<sup>4</sup> est-il perçu par les femmes ? Certaines femmes ont-elles renoncé à avoir un suivi médicalisé à cause de violences ou de discriminations subies ? **Comment les expériences personnelles dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique influencent-elles le suivi des femmes racisées « noires » ?**

Cette problématique, centrée sur les expériences des femmes, nous interroge sur leur accès aux soins, aux relations soignant-e-soignée, mais aussi à leur vision globale de cette spécialité. Dans ce mémoire, j'ai choisi de me focaliser sur la deuxième hypothèse énoncée, mais nous verrons qu'elle est fortement liée à la première.

---

<sup>4</sup> Dans ce travail, l'utilisation du concept de violences gynécologiques et obstétricales s'appuie sur la définition fournie dans le rapport du HCEfh (2018)

## Méthodologie

En 2019, l'enquête quantitative « trajectoires et origines 2 » (TeO2) vise à mesurer l'impact des origines sur l'accès aux biens, tels que l'emploi, le logement ou encore la santé. Elle actualise les données de la première enquête TeO effectuée en 2008. Au total, 26 500 personnes, âgées entre 18 et 59 ans, résidant en France métropolitaine ont été interrogées sur leurs conditions de vie et leurs parcours. Déjà lors de la première édition, les principaux facteurs de discriminations dans le champ de la santé identifiés sont : être une femme, originaire d'Afrique subsaharienne ou d'outre-mer et/ou de confession musulmane : des motifs que l'on retrouve plus particulièrement dans le champ de la santé sexuelle et reproductive.

C'est pourquoi l'unité de recherche 14 « Santé et Droits Sexuels et Reproductifs » de l'Ined réalise la post-enquête TeO2. Le but est d'étudier l'impact des origines sur la santé reproductive et sexuelle des femmes en France. Suivant une approche mixte, l'équipe analyse les réponses aux entretiens semi-directifs et les résultats des questionnaires TeO2. L'analyse quantitative sert à comparer les différentes populations interrogées dans TeO2. Il est très difficile d'identifier un non-événement lorsqu'il s'agit d'une prise en charge médicale. L'équipe a ainsi identifié les populations considérées comme étant en « marge » de la santé sexuelle et reproductive, c'est-à-dire n'ayant pas eu de frottis depuis plus de trois ans et/ou ne prenant pas de contraception médicalisée (pilule, stérilet, implant) au moment de l'enquête. C'est une véritable opportunité, car il est très difficile d'identifier un non-événement lorsqu'il s'agit d'une prise en charge médicale. Le volet qualitatif vise à approfondir la comparaison entre les populations et à comprendre les logiques sous-jacentes. Il a semblé plus pertinent de n'interroger que les femmes faisant partie d'une sous-population spécifique et se trouvant en dehors des « normes » de prise en charge en santé sexuelle et reproductive. C'est pourquoi les femmes racisées « noires » ont été les seules interrogées.

En résumé, les critères de sélection des individus pour cette post-enquête sont les suivants :

- Femmes ;
- Immigrées d'Afrique subsaharienne ;
- ou descendantes d'immigré·e·s d'Afrique subsaharienne ;
- ou originaires des DOM ;
- ou descendantes de parents domiens ;
- Résidant sur l'ensemble du territoire métropolitain ;
- Francophones ;

- Et à la marge de la santé sexuelle et reproductive (pas eu de frottis depuis plus de trois ans et/ou pas de contraception médicalisée [pilule, stérilet, implant] au moment de l'enquête).

Un biais de sélection a été identifié plus tard, une fois les entretiens réalisés. Certaines jeunes femmes ont été interrogées parce qu'elles n'avaient pas effectué de frottis depuis plus de trois ans. Cependant, c'était sans tenir compte des recommandations de la HAS. Cette institution recommande d'effectuer un frottis à partir de 25 ans. Les frottis pratiqués avant cet âge-là peuvent être considérés comme une violence gynécologique, car ce sont des actes non justifiés. Or, certaines femmes de moins de 25 ans ont été sélectionnées parce qu'elles n'avaient jamais eu de frottis. Dans le cadre de ce travail, les expériences de ces femmes restent pertinentes à analyser.

L'enquête TeO a été la première étude autorisée par le Cnis (Conseil national de l'information statistique) et la Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés) à recueillir des informations concernant les origines des personnes interrogées. Cette autorisation a été renouvelée pour l'enquête TeO2 et notre post-enquête. Pour des raisons éthiques, tous les entretiens de cette post-enquête ont été réalisés à distance et au téléphone. En effet, il a semblé plus intéressant d'interroger des femmes résidant dans toute la France métropolitaine et non uniquement en région Île-de-France. En distanciel, nous avons le choix de faire passer des entretiens soit au téléphone, soit en visioconférence. Cependant, peu de temps avant mon arrivée en stage, l'Ined a suggéré de ne plus utiliser de logiciels de visioconférence. Ils ne sont pas assez sécurisés et compromettent la promesse d'anonymat faites aux participantes. C'est pourquoi tous les entretiens se sont déroulés au téléphone.

Pour joindre les femmes, nous avons utilisé les fiches contact de l'enquête TeO2. À la fin des questionnaires, les personnes interrogées ont donné leur accord ou non pour participer à une prochaine étude. Au total, 150 femmes correspondaient aux critères présentés en amont et ont accepté d'être recontactées. En fonction des coordonnées en notre possession, nous avons envoyé dans un premier temps une lettre d'information par email, par SMS ou par courrier postal. Cette lettre contenait les modalités de notre enquête et le numéro d'anonymat de la personne (cf. Annexe 2). En cas de non réponse, nous leur avons ensuite téléphoné. Lors de cet appel, nous nous sommes présentées et nous avons expliqué rapidement le contexte de notre étude. Nous leur avons également donné les modalités de l'entretien, la durée et nous les avons rassurées sur le respect de leur anonymat. Enfin, nous leur avons proposé de fixer un rendez-vous pour l'entretien à une date ultérieure. Pour les personnes qui n'ont pas décroché à cet appel, nous avons retenté quelques semaines plus tard à d'autres horaires. Un message a été laissé sur le répondeur des personnes que nous n'avons pas réussi à avoir de vive voix.

117 femmes n'ont pas participé à notre enquête, ce qui s'explique par diverses raisons. Pour certaines femmes, nous n'avions aucun moyen de les contacter, ou les coordonnées étaient erronées (numéro non attribué ou mauvaise adresse). Pour les autres, soit nous n'avons jamais réussi à les joindre, soit les femmes ont refusé de participer à l'étude.

<b>Refus</b>	<b>Pas de réponse</b>	<b>Mauvaises coordonnées</b>	<b>Pas de coordonnées</b>
29	55	30	3

Le délai de trois ans entre l'enquête TeO2 et la post-enquête joue également sur le nombre d'individus perdu de vue. De plus, comme les personnes les plus précarisées sont celles qui changent le plus souvent d'adresse ou de numéro de téléphone, cette méthodologie n'a peut-être pas permis d'interroger les femmes les plus marginalisées.

33 femmes ont accepté d'être interrogées pour cette post-enquête TeO2. Cependant, certaines personnes n'ont pas répondu le jour J, nous avons donc réalisé 22 entretiens au total.

Pour répondre à ma problématique, la méthodologie mobilisée s'appuie uniquement sur l'approche qualitative. Dans ce travail, j'analyse 16 discours de femmes. Les six derniers entretiens ont été réalisés trop tard pour être inclus dans ce mémoire. Ces 16 entretiens restent représentatifs de l'ensemble des entretiens réalisés.

Bien que je suive une approche qualitative, j'ai tout de même pu m'appuyer sur quelques réponses aux questionnaires TeO2, comme l'année de naissance, l'origine et la situation professionnelle (cf. Annexe 3). Aucune de ces questions n'a donc été posée lors des entretiens. L'âge des femmes interrogées s'étend de 22 à 55 ans. Elles occupent toutes un emploi ou sont étudiantes, seule une est femme au foyer. Les informations concernant leur suivi gynécologique et leur contraception ont été recueillies grâce au guide d'entretien (cf. Annexe 4).

Le guide d'entretien a été élaboré en amont de mon arrivée à l'Ined (cf. Annexe 5). Les thématiques abordées sont les suivantes :

- Si la personne consulte, les expériences et vécus des consultations gynécologiques : nous avons cherché avec cette thématique à connaître le type de professionnel·le que la femme consulte, pourquoi elle consulte et comment elle se sent lors des consultations (en confiance, pas à l'aise, a de l'appréhension).
- Si la personne ne consulte pas, l'absence de consultations gynécologiques : dans ce cas, nous avons demandé si la femme a recours à d'autres alternatives pour pratiquer des examens médicaux ou bien éviter une grossesse.

- L'accès aux soins et aux examens gynécologiques : sous cette thématique nous avons souhaité connaître les facilités ou les difficultés à trouver un médecin, à se rendre aux consultations, mais aussi à payer les soins.
- La qualité de la prise en charge médicale du suivi gynécologique : le but de ce thème a été de savoir si la femme pense que la qualité des soins reçus peut différer selon l'origine ou la classe sociale de la personne. Nous avons voulu avoir sa vision générale, avant de parler de son expérience personnelle.
- Les violences gynécologiques et obstétricales : ici, l'objectif a été d'évaluer si les femmes sont capables d'identifier ce type de violences en nous donnant des exemples fictifs ou à partir d'expériences personnelles. Nous avons également cherché à connaître leurs idées pour lutter contre ces violences.
- Le suivi gynécologique et les relations sociales : nous avons interrogé la personne sur les moyens qu'elle utilise pour rechercher des informations. Nous avons demandé aussi si les discussions avec leur entourage autour du suivi gynécologique sont taboues ou non.

Les thèmes du guide d'entretien ont offert l'occasion aux enquêtées d'aborder des sujets variés, comme leur accouchement, leur contraception ou encore certaines difficultés personnelles. Nous avons suivi les différentes thématiques, mais avons souhaité ne pas trop intervenir lors des entretiens pour que les personnes interrogées puissent s'exprimer sur n'importe quel sujet. Nous nous sommes rapidement rendu compte qu'il était difficile d'appliquer cette méthode. En effet, l'une des principales difficultés du téléphone est l'absence de communication non verbale. Laisser un silence dans une conversation téléphonique n'a pas le même impact qu'en face à face. Il est arrivé que ces silences soient interprétés comme une coupure de communication. Nous avons donc adapté nos techniques de relance pour encourager les femmes à approfondir leurs réflexions.

Au début de chaque entretien, nous avons rappelé le thème de notre enquête « les forces et faiblesses du suivi gynécologique en France ». Nous avons également demandé l'accord des participantes pour enregistrer nos échanges. Seule une femme sur les seize a refusé. Dans ce cas, j'ai pris des notes durant l'entretien. Pour clore les discussions, nous avons proposé aux personnes interrogées de choisir un prénom pour qu'elles puissent se reconnaître lorsque l'article sera publié. Tous les prénoms utilisés dans ce mémoire sont donc fictifs et ont été choisis par les participantes elles-mêmes.

Nous avons également remarqué que nos interlocutrices ont peu abordé leur couleur de peau ou leurs origines pendant les entretiens. Parmi les discours analysés dans ce mémoire, six femmes sur les 16 en parlent spontanément<sup>5</sup>. Il nous a semblé intéressant de ne pas poser directement la question de l'impact de leur couleur de peau sur les soins afin

---

<sup>5</sup> Au total, neuf femmes sur les 22 interrogées mentionnent leurs origines ou leur couleur de peau

d'étudier la manière dont les femmes se décrivent et font le lien avec leurs expériences. Le téléphone a permis de mettre de côté les caractéristiques phénotypiques. Nous nous sommes demandées si le face-à-face aurait influencé les discours, comme nous sommes toutes les deux « blanches ». D'ailleurs, Christian Poiret (2011) disait : « on ne naît pas "Noire", on le devient, et on le devient d'abord dans le regard des autres et tout spécialement dans le regard des majoritaires ». Si les origines n'ont pas été mentionnées, cela peut être dû aussi au format de cette recherche. Après tout, c'est une post-enquête et ces informations ont été recueillies lors de la passation des questionnaires. Les femmes pouvaient donc supposer que nous étions au courant. Pour discuter des sujets en lien avec la gynécologie, le fait d'être toutes les deux femmes a très certainement facilité la parole des personnes interrogées.

Après chaque entretien, nous avons utilisé une fiche type où nous notions les caractéristiques socio-économiques de la personne et nos impressions (cf. Annexe 6). Nous avons également rédigé un résumé pour chaque femme interrogée. Je me suis ensuite chargée de retranscrire une partie des entretiens, soit 11 au total, et le reste a été envoyé à des entreprises spécialisées. Grâce aux résumés, j'ai pu avancer sur l'analyse avant d'avoir certaines retranscriptions.

En relisant tous les résumés et toutes les retranscriptions des entretiens, j'ai identifié plusieurs grands thèmes. Les entretiens étant particulièrement riches, j'ai choisi de représenter les grandes idées dégagées sous forme de carte mentale afin d'avoir une vue d'ensemble des discours des femmes interrogées (cf. Annexe 7). Pour affiner mon analyse, j'ai ensuite extrait les verbatims que j'ai triés par thématique, puis par sous-thématique. Les discours des enquêtées ont été confrontés avec la revue de littérature que j'ai réalisée durant toute la durée du stage. Mon analyse a été enrichie par les colloques auxquels j'ai assisté et les réunions de l'unité de recherche où chaque semaine une personne est invitée à parler de son travail (cf. Annexe 8). C'est ainsi que j'ai élaboré un plan détaillé de ce mémoire.

Dans un premier temps, nous verrons les obstacles rencontrés par les femmes pour accéder aux soins. Nos interlocutrices exposent les raisons de leurs consultations, leurs difficultés à prendre rendez-vous, mais aussi leur vision de cette spécialité qui touche à l'intime. Dans un deuxième temps, nous parlerons des violences gynécologiques et obstétricales. Nous nous intéresserons à leurs réflexions sur ce concept, comment elles se l'approprient et les raisons, selon elles, qui peuvent expliquer ce type de violences. Enfin, nous terminerons cette analyse par l'importance de l'éducation et de la diffusion de l'information pour éviter la circulation d'idées reçues autour de la gynécologie. Trois sources d'informations sont identifiées par les femmes ; elles présentent toutes des forces et des faiblesses.



## Analyse des résultats

### 1- Les difficultés d'accès aux soins : une violence ?

#### 1.1- Un lien entre suivi gynécologique et vie sexuelle

Nous démarrons les entretiens en demandant quelles sont les raisons qui poussent les femmes à consulter ou à ne pas consulter pour des soins gynécologiques. Les enquêtées commencent par des généralités, puis se réfèrent à leurs propres expériences.

Parmi les femmes interrogées, Alison et Clémence sont les seules à prendre la pilule comme moyen contraceptif. Elles évoquent donc le renouvellement d'ordonnance de leur contraception comme motif principal de consultation. Nos interlocutrices qui ne prennent pas de contraception médicalisée consultent surtout lorsqu'elles rencontrent un souci. Cela peut être pour diverses raisons telles que des douleurs, des règles abondantes, des irritations, ou encore une infection sexuellement transmissible.

*« Moi j'y vais que quand j'ai un problème, sinon j'ai la flemme d'y aller »*

**Gina, 40 ans, occupe un emploi, 3 enfants**

*« Si t'as rien, ça sert à rien d'y aller ! »*

**Léa, 22 ans, étudiante, sans enfant**

Le courrier de l'assurance maladie est également cité comme l'une des raisons de consultation. Il est perçu comme un bon moyen de rappeler l'importance du suivi gynécologique et facilite l'accès à certains examens. Laure explique qu'elle va voir un ou une professionnel·le dès qu'elle reçoit cette lettre.

*« Donc en ce qui me concerne, je vous avoue moi que c'est plutôt le côté informatif. Comme je reçois une notification... Un courrier de l'assurance maladie qui m'informe qu'il était temps à cet âge. Quand j'ai eu mes quarante ans, j'ai reçu des courriers pour... comment ça s'appelle cet examen gynécologique ? L'examen qui concerne... Le frottis, voilà ! Le frottis, voilà mon examen. Mais bon. À part ça, c'est tout ce que je peux dire sur les raisons qui poussent à consulter. »*

**Laure, 46 ans, occupe un emploi, 4 enfants**

Ce courrier joue un rôle important dans la sensibilisation au dépistage des cancers gynécologiques. Cependant, comme c'est souvent le cas dans les programmes nationaux de prévention, l'envoi de ce courrier est basé sur des normes collectives et ne tient pas compte des caractéristiques individuelles des femmes. Prenons l'exemple d'Anne-Sophie. À 30 et 31 ans, elle reçoit un courrier de l'assurance maladie l'incitant à aller se faire dépister contre le cancer du col de l'utérus. Ce cancer est surtout provoqué par des virus qui se transmettent principalement lors des relations sexuelles et peut être détecté grâce à

un frottis (Assurance maladie, 2022). Or, Anne-Sophie n'a jamais eu de rapport sexuel et n'a donc pas besoin de réaliser cet examen. Cette information n'est pas inscrite sur le courrier de l'assurance maladie. Anne-Sophie a donc pris rendez-vous pour réaliser cet examen et nous raconte comment se sont passées les deux consultations.

*« Donc l'année dernière quand je suis allée la première fois, elle ne me l'a [ndla : le frottis] pas fait comme je lui avais dit que j'étais vierge, elle ne m'a pas du tout regardé à cette partie-là du corps. Cette année, j'ai un peu insisté à la nouvelle gynéco de quand même le mettre, faire le truc. Du coup, elle a essayé, mais ça n'a pas pu rentrer donc elle s'est arrêtée. Mais, voilà, c'était juste pour peut-être me rassurer, parce que je ne sais pas... je... enfin, voilà. »*

**Anne-Sophie, 31 ans, occupe un emploi, sans enfant**

Avec ces courriers, Anne-Sophie est donc incitée à pratiquer un examen injustifié dans sa situation, ce qui peut être considéré comme une violence gynécologique selon le HCEfh. Malgré cette première expérience ressentie comme négative par Anne-Sophie, elle apprécie avoir reçu ces lettres de l'assurance maladie.

*« Oui parce que moi-même je n'y serai jamais allée. J'attendais de me marier et de projeter d'avoir des enfants pour le faire. Je me dis bon ça reste quand même une question de santé, donc pourquoi pas le faire au plus tôt, c'était pas plus mal que j'ai pu recevoir ces courriers. »*

**Anne-Sophie, 31 ans, occupe un emploi, sans enfant**

Lors des entretiens, plusieurs femmes parlent de leur première consultation. Nous constatons que cette entrée dans le suivi gynécologique est fortement liée à l'entrée dans une vie sexuelle active. Anne-Sophie n'a jamais ressenti le besoin d'aller consulter avant de recevoir les courriers, car elle n'était pas active sexuellement. Une autre enquêtée, Annabelle, nous raconte avoir été sensibilisée pendant son adolescence à l'importance de ce suivi, mais refusait de prendre le premier rendez-vous tant qu'elle n'était pas sexuellement active.

*« Ma maman m'incitait à prendre un rendez-vous chez la gynécologue bien avant mes... le premier rapport sexuel. Mais avant ça, je voulais pas du tout en entendre parler. Donc mon premier rendez-vous chez le gynécologue, je l'ai eu à 19 ans. Donc... Et j'étais déjà au courant dès 15-16 ans, qu'il fallait que j'aie au moins faire un premier bilan, enfin, une première rencontre, en tout cas avec un gynécologue, donc voilà. »*

**Annabelle, 23 ans, étudiante, sans enfant**

Si l'entrée dans le suivi gynécologique est liée à une vie sexuelle active, nous constatons que de ne plus être active sexuellement engendre une sortie de ce suivi. C'est le cas de Marguerite qui est veuve, ménopausée depuis quelques années et sans partenaire sexuel. Elle ne ressent plus le besoin de consulter désormais.

*« Non. J'en ai pas, mon mari est décédé il y a sept ans, j'avais un stérilet et je me le suis fait enlever. J'ai 55 ans, ça fait longtemps... J'ai été ménopausée il y a sept ou cinq ans, je ne sais plus, assez tôt, je pense. Donc non, je n'en ai pas. Et puis je n'ai pas d'autre compagnon. Pour moi, je n'en ai pas besoin. Je n'éprouve pas le besoin d'aller consulter. »*  
**Marguerite, 55 ans, occupe un emploi, 2 enfants**

Il est à noter que les femmes ont intégré le lien entre suivi gynécologique et vie sexuelle active. Cependant, la sexualité n'est pas abordée lors de la consultation comme le constate Sabrina :

*« Sabrina : Mine de rien, je me rends compte que pendant les consultations on ne parle pas de la sexualité, si on a mal quand on a des rapports tout ça. Je n'ai pas posé ce genre de question. On parle des règles, on parle de la pilule, mais on ne parle pas de la sexualité en elle-même.*

**Enquêtrice :** *Et vous pensez que c'est parce que vous, ou les femmes ne sont pas à l'aise, en confiance ?*

**Sabrina :** *C'est parce que c'est encore tabou, ça rentre dans l'intimité, même si le gynécologue voit notre intimité physique. C'est un autre cap de parler de rapports sexuels. C'est encore plus intime que le corps, on se dit le corps, bon, il est médecin, il faut qu'il voit notre corps, mais après parler des rapports sexuels, c'est encore un cran au-dessus. Et comme c'est encore un peu tabou. »*

**Sabrina, 38 ans, occupe un emploi, 3 enfants**

Lors de la journée d'étude Santé et sexualité du 21 juin 2022, la sociologue Leslie Fonquerne explique qu'elle a fait le même constat au cours de l'écriture de sa thèse (Fonquerne, 2022). Pendant les consultations gynécologiques, la vie sexuelle n'est abordée ni par les patientes ni par les médecins. Durant leurs études, les professionnel·le·s ne sont pas formé·e·s sur ce sujet-là. Si la patiente a des questions, ils ou elles doivent dans ce cas faire référence à leur propre vision de la sexualité.

La maternité est également l'une des raisons de l'entrée dans le suivi gynécologique. Plusieurs femmes nous racontent qu'elles ont rencontré leur gynécologue, ou sage-femme actuel·le, lorsqu'elles étaient enceintes. Elles nous confient d'ailleurs avoir eu un meilleur suivi gynécologique pendant cette période, car comme Sabrina, elles consultent seulement pour leur suivi obstétrical.

*« Non, non pendant la grossesse. En fait, j'ai jamais eu de gynécologue attiré. Après ma première grossesse, j'ai été suivie par une gynécologue, mais juste pour le soin post-op, après l'accouchement, pour qu'elle me mette le stérilet. Après il fallait reprendre un rendez-vous, il fallait attendre 6 mois, voire 1 an. Donc j'ai arrêté d'aller la voir. J'ai arrêté mon suivi, jusqu'à la prochaine grossesse. Donc je vais voir des gynécologues que quand je vais tomber enceinte. Sinon j'ai pas de suivi. »*

**Sabrina, 38 ans, occupe un emploi, 3 enfants**

## 1.2- Un cumul de difficultés qui freine la prise de rendez-vous

Nous avons cherché à savoir comment les femmes sélectionnent les professionnel-le-s pour leurs rendez-vous gynécologiques.

Le genre des professionnel-le-s n'est pas forcément un critère de sélection pour nos interlocutrices. Certaines préfèrent aller voir des femmes, car elles sont capables de se projeter dans les soins qu'elles pratiquent ; et d'autres préfèrent aller voir des hommes, car ils sont plus doux dans leurs gestes. Dans l'ensemble les enquêtées n'ont pas de préférence.

Les femmes interrogées ne choisissent pas les soignant-e-s en fonction de leur profession, mais nous avons constaté une préférence pour un corps de métier. Les gynécologues sont les premier-ère-s professionnel-le-s repéré-e-s lorsque les femmes veulent consulter pour un suivi. Certaines enquêtées ne savent pas qu'elles peuvent aller voir une sage-femme :

*« Non, ça, je ne savais pas. [...] Moi j'ai pensé directement à aller voir un gynécologue, j'ai pas pensé à aller voir une sage-femme. »*

**Selma, 23 ans, étudiante, sans enfant**

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette préférence pour les gynécologues. Tout d'abord, les sages-femmes ont tendance à être assimilées au suivi de grossesse et non à un suivi gynécologique régulier. Par exemple, Sarah, suivie par une sage-femme rencontrée lorsqu'elle était enceinte, utilise comme moyen de contraception un implant qui a été posé par la remplaçante de son médecin traitant. Elle ne le supporte pas et aimerait changer de contraception, mais elle n'arrive pas à avoir de rendez-vous avec son médecin généraliste. Pourtant Sarah ne pense pas à aller voir sa sage-femme qu'elle apprécie énormément. Ensuite, certaines femmes doutent des compétences professionnelles des sages-femmes, comme Justine.

*« Bah non, ma médecin généraliste ne fait pas de suivi gynéco. Je sais qu'il y a de plus en plus de généraliste qui s'y mettent, c'est très bien, mais moi ma généraliste ne le fait pas. Après ça serait peut-être une sage-femme, mais c'est pas mieux en termes d'horaires. Et je préfère quand même aller voir une gynéco. D'un point de vue pro, je trouve que c'est pas la même chose. »*

**Justine, 27 ans, occupe un emploi, 2 enfants**

Nos interlocutrices considèrent les sages-femmes comme plus disponibles que les gynécologues, même si cela tend à changer selon Sabrina :

*« Suite à ma dernière grossesse, j'ai appris qu'on pouvait se faire suivre par une sage-femme, donc depuis ma dernière grossesse c'est une sage-femme qui m'a suivi. Mais pareil, là, ça commence à être compliqué pour avoir des rendez-vous, parce qu'elle aussi maintenant... Pour avoir un rendez-vous avec elle, c'est plus long. Mais les sages-femmes sont un peu plus accessibles que les gynécologues. Mais maintenant depuis qu'un peu plus*

*de femmes savent qu'elles peuvent être suivies par une sage-femme, je pense qu'elles vont être un peu plus privées. »*

**Sabrina, 38 ans, occupe un emploi, 3 enfants**

Nous observons que nos interlocutrices se tournent majoritairement vers des professionnel·le·s exerçant dans le privé. Celles qui ont consulté dans le public et dans le privé ne remarquent pas de grande différence de prise en charge. L'inconvénient du public est le temps d'attente avant d'être reçue en rendez-vous. Certaines femmes nous disent avoir déjà attendu une heure, voire plus. Sophia, qui ne consulte qu'à l'hôpital, a une stratégie pour éviter d'attendre trop longtemps :

*« Ah oui ! Il faut avoir le temps ! Alors moi, j'ai une astuce, je prends toujours le premier rendez-vous à 9 h. Et comme ça... Parce que je me suis fait avoir avec des rendez-vous à 14 h, 14 h 30, et non, ça marche pas. Donc quitte à avoir un rendez-vous trois mois après, je prends un rendez-vous à 9 h, premier rendez-vous, hop, et puis on n'en parle plus. Mais bon, ça peut pas marcher tout le temps. »*

**Sophia, 34 ans, occupe un emploi, 4 enfants**

Finalement, les critères les plus importants pour les femmes interrogées sont la proximité géographique, la rapidité d'obtention d'un rendez-vous et la bienveillance.

*« Le plus près, pas trop loin de chez moi, qui ne me dit pas qu'il ne prend pas de nouvelle patiente et voilà. »*

**Sabrina, 38 ans, occupe un emploi, 3 enfants**

La bienveillance des professionnel·les est essentielle, car la consultation gynécologique touche à l'intime. C'est un rendez-vous auquel il n'est pas facile de se rendre, il faut se forcer à y aller. Quand Sophia le décrit, elle parle d'ambivalence entre la raison (savoir que c'est important d'aller voir un ou une gynécologue) et les émotions (la peur de se dénuder).

*« Donc voilà, je pense, la gêne, la pudeur, la peur aussi, hein. On a peur de se révéler, je pense que pour le coup, le fait d'y aller, c'est plus pour des raisons logiques. C'est plus la raison qui parle. Le fait de ne pas y aller, c'est plus psychologique et, pas sentimental, mais des émotions. »*

**Sophia, 34 ans, occupe un emploi, 4 enfants**

Cependant, les femmes se retrouvent confrontées à des obstacles dans leur prise de rendez-vous. Toutes les enquêtées nous parlent de délais de rendez-vous trop longs, d'horaires incompatibles avec leur quotidien ou encore de médecins qui ne prennent plus de nouvelles patientes. Pour certaines, cette prise de rendez-vous devient un véritable parcours du combattant, comme Gina qui n'arrive pas à joindre sa gynécologue :

*« Je crois qu'elle n'est pas sur Doctolib, elle ne répond pas beaucoup au téléphone. Après pour les habituées, c'était par message, mais elle ne répond pas au message. Et avant je me déplaçais pour prendre un rendez-vous, mais maintenant avec le Covid, on ne peut pas*

*rentrer si on n'a pas de rendez-vous dans le cabinet. Du coup, j'y suis allée une fois, j'ai attendu un moment et après je suis partie. Parce qu'une fois, j'étais aux urgences et ils m'ont dit que non, qu'il fallait que j'aille chez la gynéco en fait. Et après les douleurs se sont calmées et je n'y suis pas retournée »*

**Gina, 40 ans, occupe un emploi, 3 enfants**

Certaines femmes vont alors adopter des stratégies pour prendre rendez-vous plus facilement. Par exemple, Sophia utilise les alertes sur Doctolib :

*« Ouais, après on met des alertes sur Doctolib : "Prévenez-moi quand il y a un désistement". Donc voilà, par exemple-là, pas plus tard que... y a peut-être trois semaines, j'ai pris un rendez-vous justement pour ma mère, pour son suivi. J'ai eu un rendez-vous pour le 22 juillet. Donc on était encore au mois de mars. Donc 22 juillet, ça fait... mars-juillet, ça fait quatre mois. Hein, on est dans la moyenne. Et puis bah là, on a eu une alerte comme quoi y a eu un désistement, donc finalement elle a un rendez-vous au mois de mai. »*

**Sophia, 34 ans, occupe un emploi, 4 enfants**

Dans son article *Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique*, Caroline Desprès interroge des usagers et usagères sur leur compréhension de l'expression « renoncement aux soins » (Desprès, 2013). Elle identifie deux significations :

- Le renoncement-barrière : le non-choix. L'individu est contraint d'abandonner certains soins à cause du coût trop élevé ou de l'indisponibilité des soignant·e·s. Ce type de renoncement comporte donc une dimension négative.
- Le renoncement-refus : l'« acte d'autonomie » (Ibid.). L'individu s'émancipe du pouvoir médical et décide d'adopter une autre solution. Ce type de renoncement est vu de manière positive.

Dans le cadre de cette post-enquête, le renoncement aux soins est de type barrière. Les patientes ne parviennent pas à réaliser leur projet de soins dû au manque de disponibilité des professionnel·les et sont obligées de délaisser leur suivi, comme l'explique Sabrina :

*« Après le fait de ne pas réussir à avoir un rendez-vous. Une fois qu'on a essayé plusieurs fois et qu'on n'arrive pas à en avoir, on lâche l'affaire. »*

**Sabrina, 38 ans, occupe un emploi, 3 enfants**

Au fait de ne pas obtenir de rendez-vous facilement, s'ajoute le manque de certitude de trouver un ou une médecin bienveillant·e et la « peur de se révéler » lors de cette consultation qui touche à l'intime. Ce cumul de difficultés engendre un abandon des soins gynécologiques.

*« Oui, je trouve effectivement on devrait être à l'aise avec les gynécos, mais pas du tout en fait. C'est vraiment un moment qu'on repousse, qu'on repousse, il suffit d'ajouter ça avec "non, je n'ai pas de disponibilité" et on n'y va pas très bien, hop. »*

**Justine, 27 ans, occupe un emploi, 2 enfants**

Nos interlocutrices font donc face à des barrières structurelles dans leur prise en charge gynécologique. Cela a pour conséquence un renoncement aux soins qui peut être mis en lien avec les violences gynécologiques et obstétricales par le concept « d'injustice obstétricale » (El Kotni & Quagliarello, 2021). Avec cette idée, Mounia El Kotni et Chiara Quagliarello s'intéressent au niveau systémique des violences et non au niveau « micro ». Les auteures concluent que ces violences s'inscrivent dans un « *continuum* d'injustices structurelles », telles que les difficultés d'accès aux soins (Ibid.).

### **1.3- Une consultation qui touche à l'intime**

Nous avons vu en amont que le besoin de bienveillance s'explique par le côté intime de la consultation. La consultation gynécologique touche à la pudeur des femmes, ce qui peut générer certaines appréhensions.

*« Déjà se dévêtir devant un inconnu, bon... C'est pas... Il ne faut pas être pudique. On sait très bien que c'est une personne qui a l'habitude et qui fait ça toute la journée, mais c'est pas non plus... C'est pas essayé une paire de lunettes, ça touche l'intimité. »*

**Marguerite, 55 ans, occupe un emploi, 2 enfants**

Sophia va même parler d'un droit à la bienveillance : lorsque l'on dévoile son intimité, on a le droit d'avoir quelqu'un de bienveillant.

*« C'est notre intimité donc, c'est à nous. Et là, on la dévoile, j'ai envie de dire... et on a quand même, j'ai envie de dire le droit, mais j'aime pas ce mot, d'avoir un minimum de bienveillance. »*

**Sophia, 34 ans, occupe un emploi, 4 enfants**

Parmi les freins à la consultation gynécologique, nous retrouvons cette difficulté à se déshabiller, se mettre à nu. Les femmes font régulièrement référence à leur pudeur. Ces craintes sont d'autant plus fortes lorsque les femmes ne sont pas actives sexuellement et qu'il s'agit de leur première consultation :

*« Je pense que ben l'appareil génital féminin est quand même intime. Je pense pas qu'on soit à l'aise... en tout cas, même pour la première fois, de vraiment juste dévoiler son intimité en fait face à un inconnu. Même si c'est un professionnel de la santé, là, ça touche vraiment à l'intimité pure et dure quoi. Donc je pense que majoritairement, c'est vraiment une question peut-être de pudeur, pour certains, certaines, qui fait justement ce sentiment de peur. »*

**Annabelle, 23 ans, étudiante, sans enfant**

Les professionnel-le-s ne sont pas mis en cause quant à ce sentiment de gêne. D'après les femmes, c'est un travail à faire sur leur rapport à leur corps et à la nudité. Annabelle ne voit pas les paroles réconfortantes comme suffisantes pour se sentir à l'aise.

« Mais je pense aussi que c'est peut-être un travail à faire sur la patiente, finalement, parce que la pudeur, c'est dans notre caractère. C'est pas juste avec trois mots ou une conversation de trois minutes que tout ça va s'arrêter, en fait. C'est vraiment l'état d'esprit. Il y a des personnes qui sont plus ou moins pudiques et que ça dérange plus ou moins. »

**Annabelle, 23 ans, étudiante, sans enfant**

Lucile Quéré s'est intéressée « aux manières dont les femmes ont conscience de leurs droits au sein de la consultation » gynécologique et a identifié trois cadres d'interprétation (Quéré, 2019). Nos interlocutrices se plient aux attentes des médecins et ne remettent pas en cause la manière dont ils peuvent contribuer à l'atténuation de leur gêne. Elles sont donc dans un cadre conformiste. En effet, les soignant·e·s peuvent aider les patientes à se sentir plus à l'aise lors des examens gynécologiques. Ils peuvent notamment proposer une autre position d'auscultation. Le médecin Martin Winckler fait notamment référence dans son livre *Le cœur des femmes* à la posture en décubitus latéral, ou encore « posture à l'anglaise », qui respecte mieux la pudeur des femmes (Winckler, 2009).

Certains professionnel·le·s proposent un drap pour couvrir la partie dénudée de la patiente (Nguyen et al., 2020). L'agencement du cabinet n'est également pas à négliger. Les patientes accordent une grande importance aux caractéristiques sensorielles, comme la température de la pièce, la lumière ou les odeurs. L'aménagement de l'espace joue un rôle dans la gestion de l'intimité des femmes et influence la relation de confiance. Cela montre que les sentiments et les ressentis de la patiente sont pris en compte (Ibid.).



En plus du respect de leur intimité et de leur pudeur, les femmes souhaitent une bienveillance dans l'écoute accordée par le ou la professionnel·le.

*« Voilà c'est ça. Quand on va voir un médecin il faut pouvoir lui parler librement, il faut que le climat soit plutôt encourageant pour pouvoir parler. »*

**Alison, 23 ans, occupe un emploi, sans enfant**

Le premier rendez-vous avec le ou la soignante est alors décisif. Si les femmes ne sont pas satisfaites, elles vont voir quelqu'un d'autre.

*« Il faut juste qu'il y ait une relation de confiance. Donc après, ça se fera lors du premier rendez-vous, voir le contact, voir comment ça se passe, voir si je peux lui faire confiance ou pas. »*

**Alison, 23 ans, occupe un emploi, sans enfant**

Leur relation prend donc la forme d'un contrat sous-entendu entre la patiente et le professionnel. Ce contrat peut être rompu à tout moment si jamais la situation ne convient plus et, dans ce cas, les femmes vont voir quelqu'un d'autre (Quéré, 2019). Par contre, une fois cette relation de confiance instaurée, les femmes sont prêtes à mettre la proximité géographique du cabinet en second plan. Mouna a déménagé et continue d'aller voir son médecin qui se trouve désormais à 25 minutes en voiture de chez elle. Anne-Sophie partage cet avis.

*« Anne-Sophie : J'ai recherché par rapport à la proximité de mon domicile.*

**Enquêtrice :** *C'est quelque chose d'important pour vous que ça soit proche de chez vous ?*

**Anne-Sophie :** *En tout cas la fois où j'y suis allée, oui ça l'était, c'était plus pratique. Et puis après je l'ai trouvée géniale, donc si à l'avenir j'ai besoin d'y retourner et qu'elle est disponible, je pense que je retournerai chez elle, même si je déménage entre temps. »*

**Anne-Sophie, 31 ans, occupe un emploi, sans enfant**

Il est compliqué de se rendre compte du caractère bienveillant du ou de la soignant·e avant le rendez-vous. La plupart des femmes demandent donc conseil à leur entourage, à leur médecin traitant ou regardent les avis sur internet. Certaines sélectionnent aussi en fonction de la photo présente sur Doctolib, c'est le cas d'Anne-Sophie :

*« La première [ndla : gynécologue], je vais vous dire sincèrement, je l'ai choisi parce que c'était sur Doctolib et j'ai vu que c'était une femme noire. Je me suis dit par mes convictions religieuses et mes choix de non-activité sexuelle, je me suis dit qu'elle m'aurait mieux compris par rapport à une peut-être éducation similaire. Donc c'est pour ça que je l'avais choisi la première. »*

**Anne-Sophie, 31 ans, occupe un emploi, sans enfant**

Cette proximité culturelle rassure lors de la consultation et peut contribuer à l'instauration d'une relation de confiance. Par exemple, Gina se demande si le fait que sa gynécologue soit d'origine africaine, comme elle, ne facilite pas leurs échanges et impacte de manière positive la qualité de sa prise en charge. Toutefois, la différence de classe sociale peut persister et avoir une incidence sur les échanges, même si la patiente et la soignante ont la même couleur de peau, ce qui est le cas d'Anne-Sophie.

*« Non, non, la deuxième n'était pas noire. Je l'ai choisi parce qu'elle était pas loin de chez moi et aussi parce que j'avais vu avec la première qui était noire ça c'était pas si bien passé que ça. Finalement, je me suis dit que ça n'avait pas d'importance. J'espérais que ça en avait une, c'est pourquoi j'avais fait ce choix-là au départ. J'ai pas eu l'impression que ça a facilité notre échange, donc j'ai pas voulu prendre en compte ce critère pour la deuxième fois. »*

**Anne-Sophie, 31 ans, occupe un emploi, sans enfant**

Finalement, dans cette consultation qui touche à l'intime, les femmes veulent des professionnel-le-s qui soient à l'écoute, et pour ça, il faut qu'ils prennent le temps.



## 2- Faire face aux violences gynécologiques et obstétricales

### 2.1- Des violences qui s'inscrivent dans un *continuum*

L'écoute attentive n'est pas toujours accordée par les professionnel·les. Les symptômes décrits par les patientes peuvent être minimisés ou remis en question. Cette attitude des soignant·e·s influence la relation de confiance avec leurs patientes, mais aussi le diagnostic de certaines pathologies. Sabrina nous parle notamment de l'endométriose : c'est bien parce que les femmes n'ont pas été écoutées, que cette maladie a mis autant de temps avant d'être prise en compte.

Parmi les personnes interrogées, deux d'entre elles ont vécu des errances de diagnostic. La maladie auto-immune de Laure n'a été identifiée qu'au bout de six mois, ses faiblesses musculaires ont été prises pour un symptôme de dépression post-partum. La littérature montre que les diagnostics médicaux sont influencés par des stéréotypes de genre, entraînant un traitement différentiel entre les femmes et les hommes (Polton, 2016). En raison des représentations sociales, les pathologies impactant la santé mentale sont plus facilement détectées chez les femmes alors que d'autres maladies vont être sous-diagnostiquées (Ibid.). Laure ne perçoit pas de discrimination, ni sexiste ni raciste, et l'explique simplement par l'ignorance du médecin.

*« Vous allez trouver des médecins comme ça qui ne sont pas à l'écoute de vos problèmes, mais ça, c'est par ignorance. Je pense que lui il ignorait mon état, il n'avait jamais su ce que c'était. Je comprends, mais je ne peux pas mettre ça sur le compte... Je ne peux pas mettre ça sur le fait que j'étais d'origine différente, ça, c'est des choses que je ne peux pas prouver. Voilà, j'ai mis ça sur le coup de l'ignorance. »*

**Laure, 46 ans, occupe un emploi, 4 enfants**

Nous retrouvons cette idée de cadre conformiste expliqué par Lucile Quéré (2019) : pour Laure, le médecin est celui qui détient le savoir. Elle pense que les mauvaises expériences sont liées aux compétences des professionnel·le·s et ne les remet pas dans le contexte global du système de soins. S'opposer à une décision médicale n'a rien d'évident. Une autre femme interrogée, Sophia, le confirme.

*« Et puis nous, en tant que patient, c'est vrai qu'on a le syndrome de l'imposteur. On se dit : "Bon, qui suis-je pour leur dire ce qu'ils doivent faire ?" »*

**Sophia, 34 ans, occupe un emploi, 4 enfants**

Le diagnostic de la maladie de Sarah a aussi été différé. Ses essoufflements et ses vertiges ont longtemps été mis sur le compte de son poids. Pourtant Sarah a expliqué à son médecin qu'elle ressentait déjà ces symptômes lorsqu'elle était « *mince* ». Mais il a continué à lui conseiller de pratiquer une activité physique. C'est grâce à sa grossesse que la maladie de Sarah a été détectée. Sa sage-femme a été alertée par les résultats de sa prise de sang.

Cette soignante lui a recommandé de réaliser différents examens et a ainsi pu mettre un nom sur la maladie. C'est pourquoi Sarah recherche des médecins à l'écoute et qui ne remettent pas en question son ressenti.

*« [ndla : Un médecin] qui est à l'écoute et qui sait bien répondre aux questions, qui sait si ça va, ça va pas, tu dis ça et il te croit. Parce qu'il y a des médecins, tu dis t'as mal ici et il vérifie et il te dit... Des fois, il y a des médecins, mon médecin, il croit pas que t'as mal. »*

**Sarah, 27 ans, femme au foyer, 2 enfants**

Ces deux expériences posent question. Illustrent-elles le syndrome méditerranéen, un biais raciste répandu dans le monde médical ? Selon ce syndrome, les personnes racisées ont tendance à exagérer leurs symptômes et leurs douleurs. Cette perception médicale, issue de stéréotypes culturalistes, a des répercussions sur la prise en charge. Même s'il n'est pas officiellement enseigné pendant les études des soignant-e-s, il se transmet de façon informelle dans les services. Nous ne disposons pas de suffisamment d'éléments pour répondre à cette question par l'affirmative. D'après leur discours, les symptômes de Laure et Sarah ont été minimisés, ce qui a suscité un fort sentiment d'incompréhension chez elles.

Lors des entretiens, nous avons cherché à comprendre à quoi était lié ce manque d'écoute. Si certaines femmes interrogées, comme Laure, ont tendance à penser que ce problème est dû à l'individualité des professionnel-le-s, d'autres remettent en cause le système dans lequel se déroulent les soins. Leslie blâme notamment le manque de temps.

*« Les médecins acceptent de plus en plus de patientes et les rendez-vous sont de moins en moins longs. Dix, quinze minutes ce n'est pas suffisant pour se sentir à l'aise avec le médecin et en confiance pour lui parler de ses problèmes »*

**Leslie, 22 ans, étudiante, sans enfant**

Ce manque de temps est la conséquence du fonctionnement du système de santé. En France, comme dans d'autres pays, les consultations deviennent de plus en plus courtes, le personnel s'épuise et les relations soignant-e-soigné-e se détériorent dues aux politiques de rendement et d'efficacité du système de santé (Lévesque & Ferron-Parayre, 2021). Sabrina a arrêté de travailler à l'hôpital pour cette raison.

*« On ne peut plus prendre le temps d'écouter. On est tout le temps en train de nous presser, il faut se dépêcher, il y a du monde, donc on n'a plus le temps de prendre le temps d'écouter les gens. Ils ne prennent plus ce temps-là. Même en cabinet, si on regarde bien, quand on voit que la salle d'attente elle est remplie, écouter une heure le patient... Ça va être trop long, parce que les autres ils attendent, donc on essaye d'écourter la consultation. Donc on ne prend plus le temps d'écouter les patients »*

**Sabrina, 38 ans, occupe un emploi, 3 enfants**

Les répercussions du manque de temps sont multiples. Nous avons vu en amont que le temps influence la recherche de consentement. Le personnel soignant a tendance à le prendre pour acquis (Fonquerne, 2021).

*« Les épisio non demandées, ou en tout cas qui auraient certainement pu être évitées, je pense que c'est sûrement par question de temps, peut-être qu'elles sont en sous-effectif, et donc il y a une question de temps. »*

**Justine, 27 ans, occupe un emploi, 2 enfants**

Cet acte non consenti est un type de violences obstétricales. À travers ces discours, nous comprenons mieux comment ces violences s'inscrivent dans un *continuum*. Elles sont les conséquences des « pressions de performance et d'efficacité » subies par le système de santé (Lévesque & Ferron-Parayre, 2021).

## **2.2- Les violences gynécologiques et obstétricales : une expression difficile à s'approprier**

La plupart des femmes que nous avons interrogées ont déjà entendu parler des violences gynécologiques et obstétricales. Elles sont d'ailleurs capables de citer les différentes formes – verbales, physiques et psychologiques – et de donner des exemples, comme les commentaires déplacés, le non-respect du consentement pendant l'examen gynécologique, la grossophobie, le point du mari, etc. Nos interlocutrices s'appuient sur leur propre vécu pour décrire ces violences, mais aussi celui de leur entourage et ce qu'elles ont vu ou entendu dans les médias.

Lorsqu'il s'agit de leur propre expérience, certaines ont des difficultés à les caractériser comme violentes. C'est le cas de Sarah. Elle nous explique pourquoi elle est particulièrement stressée lorsqu'elle se rend à l'hôpital.

*« Même quand j'avais accouché, il y avait une dame. Comme j'étais mal, elle m'a dit "oui, je vais prendre le bébé et je vais le nourrir". Après elle est allée dans le bureau et elle est revenue en disant "ouais, j'ai pas que ça à faire ! Vous pouvez le faire !" J'étais tellement choquée, je me disais, mais j'ai rien demandé. Après j'ai parlé avec son collègue, je la trouvais vraiment gentille, j'ai parlé avec elle. Elle m'a dit c'est pas bien tout ça. J'ai pas vraiment parlé à mon compagnon. J'ai rien dit. J'ai gardé pour moi, ça m'a tellement choqué. »*

**Sarah, 27 ans, femme au foyer, 2 enfants**

Je lui réponds que c'est très violent de se faire crier dessus, elle me contredit.

*« Pour moi non. J'ai fait des stages à l'hôpital, pour moi c'est pas violent. C'est pas violent, parce que j'ai les deux côtés. Pour moi c'était pas violent. Heureusement qu'ils ne sont pas nombreux à être comme ça »*

**Sarah, 27 ans, femme au foyer, 2 enfants**

Il y a aussi Justine qui est très bien informée sur le sujet. Elle nous raconte son accouchement. Une personne de l'équipe soignante lui a appuyé sur le ventre pour faire sortir son bébé, ce qui correspond à une expression abdominale. « L'expression abdominale se réfère à l'application d'une pression sur le fond de l'utérus, avec l'intention spécifique de raccourcir la durée de la 2e phase de l'accouchement (période allant de la dilatation complète du col à la naissance de l'enfant par les voies naturelles) » (HAS, 2007). Cette pratique, jugée comme traumatique pour les patientes et pouvant entraîner des complications, est déconseillée par la HAS depuis 2007. C'est donc un acte non justifié médicalement et qui peut être défini comme une violence obstétricale car la HAS préconise d'autres moyens pour éviter l'expression abdominale (comme l'extraction instrumentale ou la césarienne). Nous lui demandons si elle l'a vécu comme une violence.

*« Non moi je ne l'ai pas du tout vécu comme une violence, parce que... déjà je n'étais pas du tout informée que ça ne faisait pas. Mais surtout pour moi c'était la délivrance, donc moi je ne l'ai pas du tout senti comme une violence, parce qu'à ce moment-là je pense qu'on n'avait pas 10 000 solutions. C'était ça ou la césarienne, donc bon. »*

**Justine, 27 ans, occupe un emploi, 2 enfants**

Dans ces deux exemples, il est question d'accouchement. Un évènement considéré comme « heureux », mais entouré encore de beaucoup de tabous. Dans notre société, la bienséance oblige l'entourage à poser peu de questions et les personnes concernées à rester factuels. Ce qui importe principalement est la bonne santé du nouveau-né (Déchalotte, 2017). Si l'enfant va bien, les souffrances et les violences encourues pendant la mise au monde sont relativisées : le vécu traumatique devient secondaire. Laurine Boileau parle « d'injonction au silence » lorsqu'elle s'est intéressée aux expériences d'accouchement pendant la pandémie (Boileau, 2022). Elle identifie trois facteurs qui renforcent ce silence. Tout d'abord, comme nous venons de voir « l'absence de partage autour de la réalité des naissances », mais aussi « le besoin de relativiser l'expérience », ce que nous retrouvons bien dans les discours de Sarah et Justine, et enfin « l'intégration de la notion de chance » que nous aborderons un peu plus tard (Ibid.).

D'autre part, dénoncer des violences revient à contredire l'autorité médicale. Cette prise de parole n'a rien d'anodin. Nous avons vu précédemment que la remise en question de la hiérarchie médicale n'est pas une chose aisée pour les patient·e·s, surtout dans une société où les femmes peuvent être reconnues « coupable d'agression envers les médecins accusés à tort » (Déchalotte, 2017). D'autant plus, que la violence est subjective, comme l'explique Leslie.

*« Chaque femme est différente, et chaque femme a son ressenti par rapport à une personne. Je pense, ça marche beaucoup avec le ressenti des femmes. Par exemple, il y a des femmes pour lesquelles les violences, elles les voient pas trop. Il y en a d'autres qui au contraire par rapport aux mêmes praticiennes vont ressentir une violence. Donc, chaque*

*femme a son ressenti et sa manière de visualiser des choses. »*

**Leslie, 22 ans, étudiante, sans enfant**

C'est pourquoi certains ressentis peuvent être compliqués à justifier auprès de son entourage et des professionnel·le·s de santé. Quels choix s'offrent aux femmes face à des situations de violences ? Se taire et relativiser son expérience ? Être une « patiente indigne et non reconnaissante » aux yeux de l'équipe soignante (Déchalotte, 2017) ? Ou se positionner en victime ? Or, les femmes ne veulent pas forcément s'afficher comme étant vulnérables.

Pourtant il ne faut pas négliger les conséquences des violences gynécologiques et obstétricales. Le rapport du HCEfh (2018) les liste comme suit :

- « Conséquences psychiques : perte de l'estime de soi, stress post-traumatique ;
- Conséquences physiques : séquelles ;
- Conséquences sur la vie professionnelle : arrêt de travail ;
- Conséquences sur la vie affective : relation de couple, vie sexuelle, relation avec l'enfant ;
- Renoncement aux soins. »

Si aucune femme parmi celles que nous avons interrogées ne semble avoir renoncé aux soins à cause d'une mauvaise expérience, certaines utilisent des mécanismes d'évitement pour que cela ne se reproduise pas. Comme Léa qui a eu une mauvaise expérience avec un homme. Elle a fait un test de grossesse qui était positif et est allée à l'hôpital pour une interruption volontaire de grossesse (IVG). Elle nous raconte que, durant cette consultation, le soignant, un homme, a été particulièrement critique vis-à-vis sa situation.

*« "Vous devez faire attention, surtout si c'est pour faire ça après !" »*

**Léa, 22 ans, étudiante, sans enfant**

Cette consultation a suscité un vrai questionnement chez Léa. Elle s'est demandé les raisons du comportement de ce soignant alors que cela fait partie de son travail. Au final, la prise de sang a montré qu'elle n'était pas enceinte et donc qu'elle n'avait pas besoin d'IVG. Depuis, elle ne va voir que des femmes.

*« À chaque fois que je vois un homme, je fuis. »*

**Léa, 22 ans, étudiante, sans enfant**

Pour sa part, Sabrina n'est plus retournée voir un professionnel après avoir été victime de propos grossophobes lors de sa première échographie.

*« Il m'avait dit que j'avais trop de ventre et que du coup, on ne voyait pas mon bébé. [...] Très franchement, c'était ma première grossesse, j'étais tellement choquée, tellement étonnée et puis moi je voulais voir mon bébé. Je suis restée choquée, mais je me suis dit lui*

*je le verrai plus. C'est ce que j'ai fait, je n'ai plus été le voir »*

**Sabrina, 38 ans, occupe un emploi, 3 enfants**

### **2.3- Peut-on justifier les violences ?**

Quelles sont les raisons qui peuvent expliquer ces actes ? Lors de nos entretiens, nos interlocutrices ont énoncé plusieurs facteurs : le manque de sensibilisation des équipes soignantes, la vulnérabilité de certaines femmes et la malchance.

Parmi les personnes interrogées, certaines remettent en question la formation des professionnel-le-s de santé. Selon Sabrina, ces actes, jugés d'un autre temps, sont exercés par des médecins de l'ancienne génération.

*« En tout cas de ce que j'ai compris, la plupart qui ont vécu ça, c'est avec des gynécologues d'un certain âge. On pourrait dire de la "vieille école". Des gynécologues d'un certain âge, qui avaient des façons de faire dans le temps et qui ne sont plus adaptées maintenant. »*

**Sabrina, 38 ans, occupe un emploi, 3 enfants**

Cependant, comme la discipline fonctionne beaucoup par mimétisme, les nouvelles générations reproduisent ce qu'elles ont vu faire. C'est pourquoi plusieurs des femmes sondées demandent une plus grande sensibilisation des soignant-e-s et un contrôle plus important des pratiques. Cela fait d'ailleurs partie des recommandations formulées par le HCEfh (2018).

Un autre point est soulevé par Alison. Elle s'interroge sur le caractère volontaire des violences gynécologiques et obstétricales. Elle part d'expériences concrètes, comme le point du mari et les commentaires déplacés, contrairement à la communauté scientifique qui se questionne sur l'utilisation du mot « violence » et sa définition. Bien qu'Alison travaille en tant qu'infirmière, elle ne situe pas ces violences comme une conséquence de l'organisation du système de santé. Pour elle, le manque de personnel, de temps ou de formation des médecins ne sont pas suffisants pour expliquer certains comportements.

*« En général, ce genre de comportement, c'est calculé. [...] Parce que quelque chose d'involontaire, quand c'est involontaire, la patiente réagit et le praticien arrête. Mais un praticien qui va jusqu'au bout de son acte alors que la patiente dit que c'est inconfortable et qu'il faut arrêter et que stop elle ne veut pas... Et puis, en général, ça s'accompagne de commentaires, donc oui (rire). Les commentaires je pense que c'est pas involontaire. »*

**Alison, 23 ans, occupe un emploi, sans enfant**

Alison et d'autres interlocutrices pensent que certaines personnes soignantes profitent de la vulnérabilité des patientes. Définir la vulnérabilité n'a pas été une chose facile pour les personnes que nous avons interrogées. Certaines évoquent l'âge ou encore la barrière de la langue. Ces obstacles viennent complexifier la relation avec le personnel soignant.

Par exemple, les individus qui ne parlent pas bien français auront plus de mal à s'exprimer et à comprendre les informations fournies.

*« Déjà quand on parle la même langue, des fois on n'arrive pas à se comprendre... »*

**Sophia, 34 ans, occupe un emploi, 4 enfants**

Pour les femmes de notre enquête, la vulnérabilité est fluctuante, c'est-à-dire que tout le monde peut être en état de fragilité à un moment de sa vie.

*« Je pense que tout le monde peut être vulnérable à un moment ou un autre, on n'est pas vulnérable d'office (rire). Tout le monde est une cible potentielle. »*

**Alison, 23 ans, occupe un emploi, sans enfant**

Les violences sont donc vues comme un abus de confiance dans la relation. Puisque « tout le monde est une cible potentielle », nous comprenons mieux pourquoi il est aussi primordial pour les femmes de trouver quelqu'un en qui elles ont confiance.

Aucune femme ne perçoit l'origine comme un motif de violences dans les soins. Il est vrai que les violences et les discriminations sont opposées à l'image bienveillante et universelle de notre système de santé. Il est donc inimaginable pour certaines personnes qu'il existe des traitements différenciés entre les individus. Prenons l'exemple de Mouna. Cette femme, âgée de 38 ans, a trois enfants. Elle me confie durant l'entretien être d'origine africaine et de confession musulmane. Si nous reprenons la littérature, Mouna correspond au profil de personnes les plus exposées aux discriminations dans les soins. Lorsqu'elle parle de ses accouchements, elle me dit avoir été « *chouchoutée* » à l'hôpital, ce qui donnerait presque envie de faire des enfants tous les ans. Durant l'entretien, Mouna compare les soins reçus en France à ceux prodigués dans son pays d'origine. Elle me parle de sa sœur qui est morte en donnant naissance là-bas. D'ailleurs, elle me confie que si elle n'avait pas eu la chance de venir en France, elle aurait choisi de ne pas avoir d'enfant en Afrique. Priscille Sauvegrain explique que les femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne ont plus de difficulté à repérer les violences gynécologiques et obstétricales et donc à les dénoncer.

« Une partie d'entre elles se retrouve à l'heure actuelle dans un véritable continuum de la violence, d'abord subie dans le pays d'origine, dans la sphère familiale ou publique, et qui les a conduites à partir, puis vécue à nouveau sur le trajet migratoire, puis en France où elles sont victimes de discriminations fortes sur le marché du travail du fait de politiques migratoires restrictives. Par contraste, elles décrivent les maternités comme des institutions moins discriminantes que les autres, leur apportant un répit. » (Sauvegrain, 2021)

Mouna apprécie l'aspect sécuritaire des hôpitaux français et la qualité des soins reçus. C'est pourquoi selon elle « *le même traitement est réservé à tout le monde* », peu importe l'origine ou la religion. Mouna et d'autres femmes interrogées se situent donc plutôt dans

un cadre conformiste (Quéré, 2019). Elles ont tendance à évoquer la malchance pour justifier des mauvaises expériences.

*« Là je ne pourrais pas savoir. Après je pense que c'est par chance. C'est n'importe qui, qui peut tomber sur cette personne. C'est juste que la tête ça lui revient pas et voilà. »*

**Sarah, 27 ans, femme au foyer, 2 enfants**

*« C'est nous et notre chance j'ai envie de dire. Heureusement, je ne suis pas tombée que sur des gens comme ça. »*

**Sabrina, 38 ans, occupe un emploi, 3 enfants**

*« Je ne sais pas. Je me dis juste que les personnes à qui c'est arrivé sont tombées sur un pervers. Je ne sais pas. Ça peut arriver. »*

**Gina, 40 ans, occupe un emploi, 3 enfants**

En opposition à ces témoignages, les femmes faisant partie du cadre féministe vont percevoir les différences de qualité dans la prise en charge. Elles vont alors essayer d'éviter de se retrouver dans ce genre de situation (Quéré, 2019). Clémence est la seule à avoir vu sur les réseaux sociaux des témoignages de femmes discriminées dans les soins à cause de leur origine.

*« Quand j'ai vu ça passer... Je trouve ça quand même assez choquant. On doit avoir un "radar" en plus dans ce qu'on cherche auprès d'un praticien, dans ce qu'on attend de lui, dans sa prise en charge justement et se dire que possiblement on sera moins bien traité à cause de ses origines. Je trouve ça vraiment horrible. »*

**Clémence, 24 ans, étudiante, sans enfant**

Quand Clémence parle de « radar », cela sous-entend que les femmes doivent être vigilantes lorsqu'elles choisissent des professionnel-le-s, mais aussi pendant la consultation. Il y a donc une notion de responsabilité individuelle. Pour être capables de bien choisir et de savoir ce qui est faisable ou non en consultation, nos interlocutrices nous expliquent qu'il est primordial d'être bien informé.

### 3- L'importance de l'information et de l'éducation

Selon les femmes de notre enquête, le manque d'informations est un frein à la consultation gynécologique. La méconnaissance du sujet entraîne des craintes chez les patientes, car elles ne savent pas comment se déroulent une consultation et les examens qui y sont pratiqués. Ces peurs sont exacerbées par le caractère intime de cette spécialité et font naître de nombreuses idées préconçues, comme le fait de ne consulter que pour avoir accès à la contraception ou lorsque l'on est active sexuellement. Dans notre société, les sujets se rapportant à la gynécologie sont identifiés comme privés, voire tabous, ce qui peut expliquer la faible transmission de connaissances. Lors de nos entretiens, les femmes font référence à trois sources d'informations : l'entourage, l'école et les médias. Cependant, elles présentent chacune des forces et des faiblesses.

#### 3.1- Des pratiques transmises par l'entourage

Concernant l'entourage, nos interlocutrices font surtout référence à leur famille. Selon elles, la famille a son importance dans la transmission des pratiques. Sophia raconte qu'elle a toujours été très sensibilisée à ce sujet car sa mère a eu une hystérectomie pour retirer des kystes ovariens et sa belle-sœur est décédée d'un cancer du sein. Elle est d'ailleurs la seule, parmi les femmes interrogées, à consulter tous les ans pour réaliser un « *check up complet* ». Il y a aussi une influence des amies, Laure nous parle de « *pression sociale* ».

*« En général, quand on a des amies, il y en a dans le groupe qui ont un suivi régulier et on se dit "oui, mais pourquoi toi t'as pas encore été voir ? Fais attention". »*

**Laure, 46 ans, occupe un emploi, 4 enfants**

Mais, même si le sujet est facilement abordé avec leur entourage, les enquêtées échangent surtout des adresses de professionnel-le-s et ne rentrent pas dans les détails de la consultation. Par exemple, Gina ne discute jamais des examens avec ses proches. L'une des raisons avancées est la culture ou la religion. C'est notamment ce que raconte Anne-Sophie au sujet du suivi gynécologique.

*« Non, pas du tout. Les deux fois, j'y suis allée parce que j'avais cette invitation [ndla : courrier de l'assurance maladie] pour y aller, mais sinon je n'en ai jamais parlé. Ou peut-être un peu avant mes rendez-vous ou un peu après mes rendez-vous pour leur expliquer comment ça s'était passé, mais en dehors de ces deux périodes de rendez-vous, on n'en a jamais parlé [...] En fait, de par ma confession religieuse, je n'avais pas pensé utile de consulter de gynéco. Je n'avais pas d'occasion d'en parler. »*

**Anne-Sophie, 31 ans, occupe un emploi, sans enfant**

L'autre raison donnée est la pudeur. Annabelle n'a jamais eu de discussion détaillée avec sa mère sur des sujets en rapport avec la gynécologie. Elle nous raconte la conversation qu'elle a eue avec elle lors de l'apparition de ses premières règles, vers l'âge de 9-10 ans.

*« Et quand j'ai dit à ma maman que j'avais mes règles, elle m'a juste donné des protections hygiéniques, et elle m'a dit : "Ben maintenant, t'es une femme, donc voilà, tu devras juste mettre un peu plus de parfum, prendre soin de toi, et voilà, c'est comme ça qu'on devient une femme", juste, c'est tout. Et il y avait rien de plus finalement. Et du coup voilà, au niveau de la gynécologie, enfin, c'est tout ce que j'ai eu comme information, comme échange, en tout cas avec ma mère. »*

**Annabelle, 23 ans, étudiante, sans enfant**

La bienséance et la pudeur encouragent les non-dits. Leslie remarque que les femmes doivent se taire lorsqu'il s'agit de leurs menstruations.

*« Et... enfin, c'est des sortes de préjugés, si on peut dire. Et du coup, les jeunes filles, elles pensent que c'est normal d'avoir mal pendant les règles et du coup ça... en fait, ça coupe un peu leur parole. Elles vont se dire : "Tiens, on m'a dit ça, je me tais et puis je souffre en silence, quoi". Et c'est ça. C'est un peu la réalité. Pour le coup, moi, je le vis tout le temps, et je m'en rends compte un peu plus. »*

**Leslie, 22 ans, étudiante, sans enfant**

Ce silence a des répercussions et entraîne notamment des retards de diagnostic. Comme les douleurs de règles sont considérées comme normales, les femmes ne vont donc pas consulter pour parler de ce problème. Or des douleurs importantes sont l'un des symptômes de l'endométriose. Même si toutes les douleurs ne sont pas liées à une pathologie, elles peuvent être handicapantes au quotidien. Certaines femmes doivent donc trouver des stratégies pour les atténuer. Misspeul a des douleurs depuis ses premières règles. Elle en a déjà parlé à des soignant-e-s qui lui ont conseillé de prendre des antidouleurs, une bouillotte ou un bain chaud, ce qui n'est pas suffisant pour elle. Depuis presque deux ans, Misspeul suit les conseils de sa mère : elle boit tous les soirs une infusion de feuilles de vétiver, une plante qui vient du Sénégal, et elle n'a plus de douleurs.

Les entretiens menés montrent que la transmission des pratiques au sein des familles est inégale. Quand les informations transmises dans la sphère privée ne sont pas suffisantes, les enquêtées nous confient qu'il est nécessaire que d'autres sources prennent le relais. L'école est vue comme un endroit adéquat pour communiquer sur ces sujets.

### **3.2- Informer dès le plus jeune âge avec l'éducation à la sexualité**

Lorsqu'elles étaient au collège, plusieurs femmes se souviennent d'avoir assisté à des interventions pour parler de sexualité. Elles notent cependant que certains sujets ne sont absolument pas abordés durant ces séances, comme le suivi gynécologique, la santé des femmes ou encore les dépistages des cancers du sein ou de l'utérus.

*« Bon, j'étais un peu jeune, j'avais eu une intervention sur la sexualité, tout ça. Je sais qu'ils s'étaient beaucoup axés sur comment se protéger, comment se déroule un rapport sexuel. Mais c'est vrai que ce sujet-là, en tout cas du gynécologue et du suivi finalement de la jeune femme et de la femme, en tout cas, n'avait pas été abordé à ce moment-là. [...]*

*je pense que ça aurait été aussi intéressant d'inclure cet aspect gynécologique [...] parce que ça fait partie de la vie d'une femme. »*

**Annabelle, 23 ans, étudiante, sans enfant**

Depuis 2001, les écoles, les collèges et les lycées sont obligés d'organiser au moins trois séances annuelles pour éduquer les élèves à la sexualité. Cette initiative a pour objectif de développer les connaissances et les compétences dans trois champs :

- Le champ biologique (les connaissances biologiques, l'anatomie, la reproduction, la puberté, la prévention SIDA et IST, la contraception et l'IVG) ;
- Le champ psychoaffectif (l'estime de soi, la relation aux autres, les émotions et les sentiments, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle et les compétences psychosociales) ;
- Le champ social (les rôles sexués et stéréotypés, développement de l'esprit d'analyse, la notion de consentement, l'éducation aux médias et à l'information, l'aspect juridique, les valeurs et les normes et la prévention des violences sexuelles).

Le collectif féministe #NousToutes constate que les jeunes ne maîtrisent pas ces trois sujets, surtout celui portant sur la notion de consentement. C'est pourquoi #NousToutes décide, en 2021, de mener une enquête nationale afin d'évaluer la mise en application de ce programme d'éducation à la sexualité. Leurs résultats montrent que la majorité des répondant·e·s n'ont pas reçu le nombre de séances prévues au cours de leur scolarité. De plus, les thématiques enseignées sont surtout liées à la reproduction et l'anatomie, car elles font partie du programme de sciences et vie de la terre de collègue (#NousToutes, 2021).

Bien que le suivi gynécologique ne soit pas clairement énoncé dans les objectifs du gouvernement, il peut être facilement abordé dans les différents thèmes de ce programme. Les établissements scolaires sont des lieux favorables à la lutte contre les inégalités sociales de santé (Guével & Simar, 2020). Ils ont l'avantage de rassembler tous les jeunes sans aucune distinction et il est facilement possible d'y mener des actions de promotion de la santé. De nombreux outils existent pour aider les acteurs et actrices dans ce domaine, notamment une brochure créée par l'association Sparadrap. Ce guide récapitule toutes les questions que se posent généralement les jeunes filles avant leur première consultation gynécologique : qui aller voir ? où ? pour quel coût ? (Association Sparadrap & Santé Publique France, 2022). Il donne également des conseils pour se sentir plus à l'aise lors de la consultation, détaille les sujets qui peuvent être discutés et explique les examens pratiqués.

## Pour en savoir plus sur l'examen médical

Si, en général, aucun examen médical n'est nécessaire pendant la première consultation, tu te demandes sûrement ce qui va se passer le jour où tu auras besoin d'être examinée...

L'examen médical est un ensemble de gestes que fait le professionnel (gynécologue, généraliste ou sage-femme) pour vérifier que tu es en bonne santé ou pour dépister certaines maladies.

Tous ces gestes ne sont pas faits systématiquement à chaque consultation : cela dépend de ton âge, de la situation, de la raison de la consultation...

Le professionnel t'explique au fur et à mesure ce qu'il va faire, dans quel ordre, à quoi ça sert, ce que tu vas ressentir...

Pour commencer, il te demande de te déshabiller.



14

### Se déshabiller... pas si facile !

Dénuder certaines parties de son corps très intimes pour les montrer n'est facile pour personne ! Mais il n'existe pas d'autres moyens pour les examiner.

En revanche, il existe des solutions pour se sentir plus à l'aise :

- > Il n'est absolument pas obligatoire d'être intégralement nue : on peut garder le "bas" pendant l'examen des seins et garder le "haut" pendant l'examen gynécologique.
- > Le professionnel adapte sa façon de faire selon le degré de pudeur de chacune. Par exemple, l'examen des seins peut être réalisé juste en relevant le tee-shirt.

Et puis, avec le temps, parce qu'on connaît mieux le déroulement de l'examen et qu'une relation de confiance s'établit avec le professionnel de santé, se déshabiller est souvent moins difficile.

*Extrait du guide La première consultation gynécologique (Association Sparadrapp & Santé Publique France, 2022)*

L'école aborde dans les grandes lignes les connaissances autour de la gynécologie, en se concentrant sur l'anatomie et les comportements à risque. Cette source a donc ses limites. Pour approfondir certains sujets et être au courant de l'actualité, les femmes se tournent vers les médias.

### 3.3- Débanaliser les sujets en lien avec la gynécologie grâce aux médias

Les médias ont un véritable rôle à jouer dans la normalisation de certains aspects de la gynécologie. Prenons l'exemple des menstruations. Aujourd'hui, de nombreuses polémiques existent concernant les publicités qui mettent en avant des protections périodiques : est-il nécessaire d'utiliser du liquide rouge pour représenter le sang des règles ? Certaines personnes de la population générale jugent cela inapproprié. Pourtant cette monstration participe à banaliser les règles et à ne plus en faire quelque chose de honteux. L'impact d'une publicité peut être important et ne doit pas être négligé.

*« Quand j'étais plus jeune, il y avait une publicité pour des serviettes hygiéniques qui passait à la télé, et c'était vraiment des sous-entendus. Donc moi, ce que j'avais compris de cette pub... Moi je pratiquais la gymnastique à cette époque-là, et la publicité disait en gros : "Je peux pas faire de gym, j'ai mes règles, je peux pas faire de skate-board, j'ai mes règles", c'était ça, la pub. Et moi, j'avais compris que finalement, à partir du moment où... le jour où j'allais avoir mes règles, ben c'était terminé pour moi la gym, mais vraiment de façon définitive. Et du coup, je l'ai vraiment super mal vécu, parce que je me suis dit : "Ben non en fait, j'ai mes règles et je vais plus pouvoir faire de gym, et c'est fini, quoi. Ma vie est finie." »*

**Annabelle, 23 ans, étudiante, sans enfant**

Au-delà des publicités, les réseaux sociaux jouent un rôle important dans la mise en lumière de problèmes sociétaux. C'est d'ailleurs grâce à eux que Leslie a entendu parler de l'endométriose. En voyant le témoignage d'une jeune fille, elle s'est reconnue dans les symptômes et a décidé par la suite de prendre rendez-vous avec son médecin généraliste pour passer différents examens.

La diffusion de témoignages sur les réseaux sociaux a également fait connaître d'autres sujets en lien avec la gynécologie, comme les violences gynécologiques et obstétricales. C'est de cette manière que la majorité de nos interlocutrices en ont entendu parler. Alison nous dit avoir lu beaucoup d'articles et de témoignages sur le sujet.

*« Je pense que c'est pas nouveau, c'est juste que c'est médiatisé et dit. Tout simplement. [...] Les femmes sont beaucoup plus libres qu'avant et ça passe par la liberté d'expression. Il y a toujours du tabou, mais il y en a beaucoup moins. Elles osent dire les choses. C'est le principe que "ça m'est arrivé et je ne veux pas que ça arrive à l'autre" et donc il y a aussi ça, je pense. »*

**Alison, 23 ans, occupe un emploi, sans enfant**

Cependant, il y a tout de même une part de hasard dans le fait de tomber sur ces témoignages. La majorité femmes ne semblent pas avoir fait de recherches sur ces thématiques. Elles ne sont pas dans une démarche active, elles disent d'ailleurs, comme Clémence, qu'elles les ont « vu passer sur les réseaux sociaux ». Le critère qui peut diminuer la part de « chance », c'est l'abonnement à des pages engagées. C'est ainsi qu'Annabelle a pu découvrir différents sujets d'actualité.

*« Mais franchement, après, je sais que de moi-même, je me renseignais pas spécialement sur tous ces sujets-là. Et quand j'ai commencé à suivre des pages un peu plus engagées, entre guillemets, un peu plus féministes, je crois que j'ai appris en fait beaucoup de choses sur la charge mentale, sur les discriminations que les femmes peuvent vivre au quotidien, sans même le savoir. Et je pense qu'à notre époque, en tout cas, il y a vraiment cet élan de tout envoyer valser finalement et de parler des choses concrètes et arrêter d'idéaliser, finalement ou de mettre, je sais pas un filtre, sur tout ce que ça engage et d'en parler clairement pour éduquer les jeunes comme les moins jeunes. »*

**Annabelle, 23 ans, étudiante, sans enfant**

Nos enquêtées notent l'importance de la diffusion de l'information au plus grand nombre et la force du militantisme. « *Ces petites voix de femmes* » font que certains sujets sont pris plus au sérieux (Leslie, 22 ans, étudiante, sans enfant). La volonté de partager leurs expériences et de changer les choses a d'ailleurs été un moteur pour participer à notre recherche. Plusieurs femmes interrogées pensent que cette enquête peut donner du poids aux témoignages, ainsi que de la visibilité. Sophia et Annabelle nous expliquent à la fin de l'entretien qu'elles espèrent que cette recherche sera diffusée au plus grand nombre, afin de normaliser les discussions autour de la gynécologie.

## Conclusion

L'objectif de ce mémoire était d'étudier les expériences personnelles des femmes racisées « noires » et de mesurer l'impact sur leur suivi gynécologique et obstétrical.

Nous avons vu dans un premier temps que la majorité des femmes qui ne prennent pas de contraception médicalisée consultent lorsqu'elles rencontrent un souci. Les dépistages des maladies de l'appareil génital et du sein ont une place secondaire. C'est pourquoi, l'envoi d'un courrier par l'assurance maladie rappelant l'intérêt de faire un frottis ou une mammographie est pertinent.

Nos entretiens révèlent qu'il existe un lien fort entre le suivi gynécologique et la vie sexuelle des femmes. La plupart de nos interlocutrices consultent pour la première fois lorsqu'elles entrent dans une vie sexuelle active. Si elles entrent dans une période d'abstinence, pour quelque raison que ce soit, elles ont tendance à quitter le suivi, jugeant qu'il n'est plus nécessaire. Pour autant, la sexualité n'est pas un sujet si abordé que ça lors des consultations. Cela peut s'expliquer par un manque de formations des soignant·e·s dans ce domaine (Fonquerne, 2022).

Pour rechercher des professionnel·le·s, les femmes ont trois critères principaux : la proximité géographique, la rapidité d'obtention d'un rendez-vous et la bienveillance des soignant·e·s. Néanmoins, en raison de la démographie médicale, il devient de plus en plus difficile de trouver des médecins disponibles et qui acceptent de nouvelles patientes. Cela engendre un découragement chez les enquêtées et favorise le renoncement aux soins. Comme ces consultations touchent à l'intime, c'est un moment repoussé par les femmes, car cela leur demande un effort pour se rendre en consultation. Face à ce cumul de difficultés, les femmes ont tendance à abandonner leur suivi gynécologique. Ce manque d'accès aux soins est la conséquence des exigences de rendement subies par le système de santé. Les violences gynécologiques et obstétricales s'inscrivent dans ce *continuum*.

Dans ce travail, nous constatons que le manque de temps du personnel soignant a de lourdes répercussions. En ne prenant plus le temps d'écouter les patientes, la relation entre soignant·e-soigné·e est entachée et le consentement est pris pour acquis, ce qui a pour conséquence de favoriser les violences.

Quasiment toutes les femmes interrogées ont entendu parler des violences gynécologiques et obstétricales. Elles sont capables de donner des exemples vus dans les médias ou que certaines personnes de leur entourage leur ont racontés. D'après leur discours, plusieurs de nos interlocutrices se sont retrouvées dans des situations faisant écho à ces violences, mais elles ne les qualifient pas de la sorte. Il n'est pas évident de contredire l'autorité

médicale et de se positionner en victime. C'est pourquoi les femmes ont tendance à se taire et à relativiser leurs expériences.

Selon nos interlocutrices, plusieurs facteurs peuvent expliquer les violences. Certaines enquêtées parlent de malchance, d'autres remettent en question la formation des soignant-e-s et le manque de sensibilisation à ce sujet. La plupart des femmes parlent d'abus de confiance, ce qui explique que le critère de bienveillance est aussi important : nos enquêtées nous confient devoir être vigilantes lorsqu'elles choisissent les professionnel-le-s. Il y a donc une notion de responsabilité individuelle pour être capable de bien choisir et de savoir ce qui est faisable, ou non, en consultation. Les femmes nous expliquent qu'il est primordial d'être bien informée.

Le manque d'informations est identifié comme un frein à la consultation gynécologique et un facteur favorisant les idées reçues. Trois grandes sources d'informations sont mises en évidence par nos entretiens : l'entourage, l'école et les médias. L'entourage a son importance dans la transmission des pratiques. Cependant, les sujets sur la thématique de la gynécologie restent encore tabous dans certaines familles par pudeur ou pour des raisons culturelles. L'école est donc vue comme une alternative pour informer les individus sur ces sujets. Dans la réalité, les cours d'éducation sexuelle ne mentionnent pas l'importance du suivi gynécologique. Reste alors les médias pour compléter ces deux premières sources. La majorité des femmes interrogées ont entendu parler des violences gynécologiques et obstétricales grâce aux témoignages sur les réseaux sociaux ou à la télévision, mais il reste une part de hasard dans le fait de tomber sur ces récits.

Nos interlocutrices appellent donc à une plus grande diffusion de l'information pour normaliser les discussions autour de la gynécologie

Si nous reprenons l'hypothèse 1 formulée dans ce mémoire, c'est donc bien les difficultés d'accès aux soins qui expliquent pourquoi ces femmes sont en dehors des marges en termes de santé sexuelle et reproductive. Contrairement à ce que nous pouvions supposer avec l'hypothèse 2, ces mauvaises expériences n'entraînent pas forcément de renoncement aux soins. Les femmes ont tendance à adopter une stratégie d'évitement. Cependant cette stratégie possède ses propres limites, comme la difficulté de trouver un « bon » médecin et d'obtenir un rendez-vous.

Selon Sylvie Lévesque et Audrey Ferron-Parayre (2021), « les praticiens et les institutions de soins de santé doivent jouer un rôle de premier plan dans la lutte contre cette forme de violence ». Elles ajoutent qu'ils doivent avoir une vision plus critique de leurs pratiques pour assurer une prise en soins de qualité. Dans le rapport du HCEfh, 26 recommandations ont été formulées. Ce document mentionne que la prévention de ces violences passe par la formation des professionnel-le-s de santé et c'est d'ailleurs ce que souhaite la majorité des femmes que nous avons interrogées. Il serait donc pertinent d'approfondir cette

recherche en récoltant le point de vue des soignant·e·s sur le suivi gynécologique en France, mais aussi en observant des consultations. L'affluence de témoignages a-t-elle modifié les enseignements de certaines pratiques dans les services de gynécologie et d'obstétrique ? Comment les nouvelles générations de soignant·e·s se positionnent-elles face à ce phénomène ? Le CNGOF a publié, en 2021, une charte de la consultation gynécologique ou obstétrique afin de rappeler les particularités de cette consultation aux professionnel·le·s et aux patientes. Comment cette charte modifie-t-elle les pratiques en consultation ?

Le rapport du HCEfh préconise aussi « une plus grande implication des Ordres professionnels » (HCEfh, 2018). EN 2019, le Conseil de l'ordre des médecins a été vivement critiqué par la Cour des comptes pour des raisons comme la négligence du traitement des plaintes et le manque de réponses disciplinaires (Cour des comptes, 2019). Or, cette absence de conséquence pour les soignant·e·s peut entraîner un sentiment d'impuissance chez les patientes et expliquer la stratégie d'évitement utilisée. Il serait également intéressant de questionner les différents Ordres afin d'étudier la prise en compte des plaintes pour violence et les conséquences disciplinaires qui s'en suivent.

Pour l'instant, ce mémoire donne un premier aperçu des résultats de la post-enquête TeO2. L'approche mixte mettra en lien les trajectoires de vie de nos interlocutrices avec les discours que nous avons recueillis.



---

# Index

---

## #

#NousToutes, 49, 62

## A

accès aux soins, 16, 19, 20, 24, 27, 54  
accoucheur, 6, 7  
allaitement, 7  
anatomie, 49, 50  
auscultation, 34  
autorité médicale, 42  
avortement, 6, 7, 17, 78

## B

bienveillance, 31, 33, 34

## C

cancer du col de l'utérus, 3, 4, 27, 59, 61, 62  
cancer du sein, 3, 4, 47, 48, 62  
césarienne, 7, 17, 42  
chance, 42, 45, 46, 51, 80  
charge mentale, 51  
comportements à risque, 50  
confession religieuse Voir religion  
confiance, 10, 23, 29, 34, 36, 39, 40, 45, 74  
consentement, 10, 11, 17, 41, 49, 79  
continuum, 41, 45  
contraception, 3, 7, 17, 21, 22, 23, 24, 27, 30, 47, 49, 59, 73, 74, 75, 79  
Covid, 31, 61, 79  
cytologique, 4

## D

dépistage, 4  
discrimination, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 45, 51  
Doctolib, 31, 32, 36

## E

éducation à la sexualité, 49, 62

*empowerment*, 13  
endométriase, 39, 48, 51  
entourage, 24, 36, 41, 42, 43, 47  
État Providence, 7  
expression abdominale, 42, 62

## F

famille Voir entourage  
frein à la consultation, 33, 47  
frottis, 3, 4, 21, 22, 27

## G

grossophobe Voir grossophobie  
grossophobie, 41  
gynécologie-obstétrique, 3, 6, 19

## H

hiérarchie médicale Voir autorité médicale  
hystérectomie, 47

## I

injonction, 10, 42, 80  
injure, 10  
intentionnalité, 11  
intimité, 25, 29, 31, 33, 34, 37, 60, 74  
IVG, 1, 3, 43, 49, 78, 80

## L

liberté d'installation, 4

## M

maternité, 3, 4, 5, 29  
mécanismes d'évitement, 43  
médicalisation, 7, 8, 10, 78  
ménopause, 3, 28  
menstruations, 48, 50  
mère, 6, 9, 32, 47, 48

## P

pandémie, 42  
papillomavirus, 3  
péridurale, 8  
peur, 31, 33

pilule, 21, 22, 27, 29, 59  
point du mari, 41, 44  
populationnisme, 7  
première consultation, 28, 33, 49, 50, 61  
puberté, 49  
pudeur, 31, 33, 34, 47, 48, 74

## Q

qualité des soins, 24, 45

## R

racialisation, 15, 17, 61  
règles, 27, 29, 47, 48, 50  
religion, 6, 15, 16, 45, 47, 78  
renoncement aux soins, 16, 32, 43, 59  
réseaux sociaux, 12, 46, 51  
retard de diagnostic, 48

## S

sensibilisation, 27, 44  
silence, 24, 42, 48, 61, 80  
stéréotype, 3, 15, 39, 40, 49  
stérilet, 21, 22, 29, 70, 72  
stérilité, 3  
suivi de grossesse, 4  
syndrome méditerranéen, 40  
système de santé, 40, 41, 44, 45, 53, 62  
système de soins, 11, 19, 39  
systémique, 11, 12, 13

## T

tabou, 29, 42, 47, 51

## V

viol, 10, 11  
virginité, 6  
vulnérabilité, 44



---

## Bibliographie

---

### Articles

Azcué, M., & Tain, L. (2021). L'émergence du concept de « violence obstétricale » : L'impact du mouvement féministe. *Santé Publique*, 33(5), 635-643.

Bretin, H., Kotobi, L. (2016). « Inégalités contraceptives au pays de la pilule ». *Agone*, 58, 123-134.

Cognet, M., Hamel, C., & Moisy, M. (2012). Santé des migrants en France : L'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. *Revue européenne des migrations internationales*, 28(2), 11-34. <https://doi.org/10.4000/remi.5863>

Davis, D.-A. (2018). Obstetric racism : The racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical Anthropology*, 38(7), 560-573. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>

Desprès, C. (2013). Significations du renoncement aux soins : Une analyse anthropologique. *Sciences sociales et santé*, 31(2), 71-96.

Diniz, C. S. G., Yoshie Niy, D., & Da Silva Cabral, C. (2021). Les « violences obstétricales » comme subversion épistémique. Saisir des maltraitances anciennes dans un concept nouveau (C. Matoussowsky, Trad.). *Cahiers du Genre*, 71(2), 57-80. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0057>

Drees. (2018). La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. *Études & résultats*, 1085, 4.

El Kotni, M., & Quagliariello, C. (2021). L'injustice obstétricale. *Cahiers du Genre*, 71(2), 107-128.

Fonquerne, L. (2021). « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! ». Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception. *Santé Publique*, 33(5), 663-673.

Hatem-Gantzer, G. (2020). Violences obstétricales et gynécologiques. L'expérience du Cercle d'études des gynécologues obstétriciens d'Île-de-France (Cegorif). *Périnatalité*, 12(4), 178-182.

Jacques, B. (2007). *Sociologie de l'accouchement* (Presses universitaires de France).

Koechlin, A. (2019). « L'auto-gynécologie : écoféminisme et intersectionnalité ». *Travail, genre et sociétés*, 42(2), 109-126.

Konopka, A.-M., Barnay, T., Billaudeau, N., & Sevilla-Dedieu, C. (2019). Les déterminants du recours au dépistage du cancer du col de l'utérus : Une analyse départementale. *Economie et prévision*, 216(2), 43-63.

Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L., & Rousseau, C. (2018). La violence obstétricale dans les soins de santé : Une analyse conceptuelle. *Recherches féministes*, 31(1), 219-238. <https://doi.org/10.7202/1050662ar>

Lévesque, S., & Ferron-Parayre, A. (2021). To Use or Not to Use the Term "Obstetric Violence" : Commentary on the Article by Swartz and Lappeman. *Violence Against Women*, 27(8), 1009-1018. <https://doi.org/10.1177/1077801221996456>

- Nguyen, N.-K., Bendahmane, L., Martin, M.-J., Tilly, A., Bayen, S., & Messaadi, N. (2020). Environnement réconfortant et respect de l'intimité. L'organisation du cabinet médical pour la consultation gynécologique. *Sante Publique*, 32(4), 347-358.
- Paillet, A. (2021). Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 236237(1), 20-39.
- Poiret, C. (2011). Les processus d'ethnisation et de raci(al)isation dans la France contemporaine : Africains, Ultramarins et « Noirs ». *Revue européenne des migrations internationales*, 27(1), 107-127. <https://doi.org/10.4000/remi.5365>
- Polton, D. (2016). Égalité femmes—Hommes en matière de santé et de recours aux soins. *Regards*, 50(2), 35-45.
- Poncet, L.C., Huang, N., Rei, W., Lin, Y.-C., Chen, C.-Y. (2013). "Contraceptive use and method among immigrant women in France: Relationship with socioeconomic status". *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 18, 468–479.
- Quéré, L. (2019). Les formes ordinaires du consentement. Consciences du droit dans la consultation gynécologique. *Droit et société*, 102(2), 413-432.
- Rivenbark, J. G., & Ichou, M. (2020). Discrimination in healthcare as a barrier to care : Experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health*, 20(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8124-z>
- Salles, C. (2021). Le rôle des représentations visuelles et audiovisuelles dans la reconnaissance de la notion de « violences obstétricales » en France et en Belgique. *Santé Publique*, 33(5), 655-662.
- Sauvegrain, P. (2013). Les parturientes « africaines » en France et la césarienne. Analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 119-137. <https://doi.org/10.7202/1024082ar>
- Sauvegrain, P. (2021). Violences dites « gynécologiques et obstétricales » envers les femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne en France. *Santé Publique*, 33(5), 627-628.
- Schantz, C., Rozée, V., & Molinier, P. (2021). Introduction. Un nouvel axe de recherche pour les études de genre, nouveau défi pour le soin et la société. *Cahiers du Genre*, 71(2), 5-24.
- Telep, S. (2021). Racialisation. *Langage et société*, HS1, 289-292.
- Thébaud Françoise (1986). Quand nos grand-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'entre-deux-guerres. Lyon, PUL.
- Topçu, S. (2021). Obstétrique, (non) violence et féminisme. Un regard sociohistorique. *Cahiers du Genre*, 71(2), 81-106.
- Vuille, M. (2021). Gynécologie. In J. Rennes, *Encyclopédie critique du genre* (p. 329-339). La Découverte. <https://www-cairn-info.ezproxy.campus-condorcet.fr/encyclopedie-critique-du-genre--9782348067303-page-329.htm>
- Wolf, A. (2013). Metaphysical Violence and Medicalized Childbirth. *International Journal of Applied Philosophy*, 27(1), 101-111. <https://doi.org/10.5840/ijap20132719>
- Yamgnane, A., Donner, C., & Kirkpatrick, C. (2020). Violences obstétricales : Où en sommes-nous ? *Périnatalité*, 12(4), 155-156.

## Ouvrages, thèses et mémoires

Déchalotte, M. (2017). *Le livre noir de la gynécologie*. Edi8.

Guével, M.-R., & Simar, C. (2020). Partie 2, Chapitre 7.7 Promotion de la santé en milieu scolaire. In *La promotion de la santé* (2e édition, p. 192-196). Presses de l'EHESP.

Mermilliod, A., & Winckler, M. (2021). *Le Chœur des femmes* (Le Lombard).

Paris, M. (2018). « Nous qui versons la vie goutte à goutte ». *Féminismes et économie reproductive : Une sociohistoire du pouvoir colonial à La Réunion* [Thèse de science politique]. Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

Vergès, F. (2017). *Le ventre des femmes. Capitalisme, racialisation, féminisme* (Albin Michel).

Winckler, M. (2009). *Le chœur des femmes* (P.O.L).

## Conférences

Boileau, L. (2022, juin 8). *L'injonction au silence des femmes qui ont accouché pendant la pandémie*. Accoucher en temps de pandémie de Covid-19, Campus Condorcet, Aubervilliers, France.

Fonquerne, L. (2022, juin 21). *De la formation en gynécologie à l'exercice en consultation : Une sexualité indicible ?* Santé et sexualité : savoirs, techniques, pratiques, Campus Condorcet, Aubervilliers, France.

Jarty, J. (2022, mars 31). *Le programme des 1000 jours : Une nouvelle réification des normes procréatives par le pouvoir médical ?*

## Webographie

Association Sparadrap, & Santé Publique France. (2022). *La première consultation gynécologique. Tout ce que tu as toujours voulu savoir sans jamais oser le demander...*  
<https://irepsna.org/wp-content/uploads/2022/04/SPF-la-1ere-consultation-gynecologique.pdf>

Assurance maladie. (2022). *Comprendre le cancer du col de l'utérus*. L'Assurance Maladie.  
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/comprendre-cancer-col-uterus>

Brut. (2022, août 2). *3 exemples de pratiques racistes en médecine—Miguel Shema*. Brut.  
<https://www.brut.media/fr/health/3-exemples-de-pratiques-racistes-en-medecine-349ffb25-382b-428e-a0d1-b8c722bd285d>

CNGOF. (2021). *Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique*.  
<https://www.consoglobe.com//wp-content/uploads//2021/10/charte.pdf>

CNOM. (2021). *Atlas de la démographie médicale. Tome 2 : Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. Situation au 1er janvier 2021* (p. 247). Conseil national de l'Ordre des médecins.  
[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1hv7pva/atlas\\_cnom\\_tome\\_2\\_approche\\_territoriale\\_des\\_specialites\\_medicales\\_et\\_chirurgicales\\_-2021.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1hv7pva/atlas_cnom_tome_2_approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales_-2021.pdf)

Constitution du 4 octobre 1958, (1958).

[https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000571356?init=true&page=1&query=constitution&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000571356?init=true&page=1&query=constitution&searchField=ALL&tab_selection=all)

Cour des comptes. (2019). *L'Ordre des médecins* (p. 187). Cour des comptes. <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-12/20191209-rapport-Ordre-des-medecins.pdf>

HAS. (2007). *Recommandations professionnelles : L'expression abdominale durant la 2e phase de l'accouchement*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ea-\\_recommandations\\_.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ea-_recommandations_.pdf)

HAS. (2014). *Dépistage du cancer du sein en France : Identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage*. Haute Autorité de Santé. [https://has-sante.fr/jcms/c\\_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage](https://has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage)

HAS. (2020). *Dépistage du cancer du col de l'utérus : Le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans)

HCEfh. (2018). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme* (N° 2018-06-26-SAN-034; p. 164). Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. [https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_les\\_actes\\_sexistes\\_durant\\_le\\_suivi\\_gynecologique\\_et\\_obstetric\\_al\\_20180629.pdf](https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetric_al_20180629.pdf)

Inserm, & Drees. (2017). Enquête nationale périnatale. Synthèse du rapport 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 (p. 10). Inserm et Drees. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/synthese-Perinat2016.pdf>

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), 2002-303 (2002). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

#NousToutes. (2021). Enquête sur les séances d'éducation à la sexualité au collège et au lycée (p. 26). #NousToutes. [https://www.noustoutes.org/ressources/Dossier\\_de\\_presse\\_Education\\_a\\_la\\_sexualite.pdf](https://www.noustoutes.org/ressources/Dossier_de_presse_Education_a_la_sexualite.pdf)

#NousToutes. [@noustoutesorg]. (2022, 5 septembre). Ce matin, une militante #NousToutes a reçu une convocation en gynécologie... avec le Dr Daraï [Publication]. Instagram.

ONDPS. (2021). *La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : Les enjeux des relations entre des métiers en tension* (p. 224). Observatoire national de la démographie des professions de santé. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_ondps\\_labers\\_la\\_sage-femme\\_le\\_generaliste\\_et\\_le\\_gynecologue.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf)

Paragraphe 1: Du viol et du viol incestueux—Article 222-23, Code Pénal (2021). [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043409305/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409305/)

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Fiche de poste

Annexe 2 : Lettre d'information envoyée aux femmes sélectionnées

Annexe 3 : Présentation des femmes interrogées – réponses au questionnaire

Annexe 4 : Présentation des femmes interrogées – réponses aux entretiens

Annexe 5 : Guide d'entretien

Annexe 6 : Fiche résumé type

Annexe 7 : Carte mentale

Annexe 8 : Tableau de participation aux colloques et réunions d'équipe

## Annexe 1 : Fiche de poste



### **Stage Master 2 sociologie, démographie, santé publique**

**4 mois**

**À partir de mars 2022**

#### **Descriptif de la structure**

L'Institut national d'études démographiques (Ined) est un organisme public de recherche spécialisé dans l'étude des populations, partenaire du monde universitaire et de la recherche aux niveaux national et international. L'institut a pour missions d'étudier les populations de la France et des pays étrangers, de diffuser largement les connaissances produites et d'apporter son concours à la formation à la recherche et par la recherche. Par une approche ouverte de la démographie, il mobilise un large éventail de disciplines comme l'économie, l'histoire, la géographie, la sociologie, l'anthropologie, la statistique, la biologie, l'épidémiologie. Fort de ses 10 unités de recherche et 2 unités mixtes de service, il encourage les échanges et conduit de nombreux projets de recherche européens ou internationaux.

#### **Descriptif du stage de Master**

L'UR14 « Santé et Droits Sexuels et Reproductifs », unité Ined en partenariat avec l'Inserm - Univ Paris- Sud - UVSQ, recherche un·e stagiaire (stage de Master 2 en démographie, sociologie, anthropologie, santé publique) dans le cadre du projet post-enquête TeO2 sur la santé reproductive et sexuelle des femmes racisées en France. L'objectif du stage est de participer à la réalisation des entretiens qualitatifs auprès des femmes ayant répondu à l'enquête TeO2 (<https://teo.site.ined.fr/>) et accepté d'être recontactées pour un entretien. Il s'agira donc de contacter ces femmes, d'organiser avec elles un rendez-vous puis de les interroger selon un guide d'entretien semi-directif préétabli. Le ou la stagiaire travaillera en étroite collaboration avec les responsables du projet, qui mèneront également ces entretiens.

Ce stage se concrétisera par la production d'un rapport écrit autour des entretiens réalisés (état de l'art, méthodologie d'enquête et résultats préliminaires).

**Compétences qui seront développées durant le stage :**

- Travail en équipe sur un projet d'enquête
- Techniques d'enquête d'entretiens semi-directifs
- Techniques rédactionnelles
- Connaissances scientifiques sur la thématique de recherche
- Possibilité d'être formé-e aux méthodes quantitatives via l'analyse de la base de données de l'échantillon interrogé

**Durée du stage :** 4 mois à plein temps. Ce stage est à pouvoir à partir de mars 2022.

**Lieu d'exercice :** Ined, Aubervilliers, Campus Condorcet (France) •Métro 12 : Front populaire)

**Contact :** Merci d'envoyer votre candidature (CV et lettre de motivation) avant le 15 février 2022 à la responsable du projet : [virginie.rozee@ined.fr](mailto:virginie.rozee@ined.fr)

## Annexe 2 : Lettre d'information envoyée aux femmes sélectionnées



N° d'anonymat :

### LETTRE D'INFORMATION

**Objet : Post-enquête qualitative TeO2. Être médicalement suivie ou pas ? Témoignages pour comprendre les forces et faiblesses du suivi gynécologique en France.**

Madame,

Vous avez participé en 2019 ou en 2020 à l'enquête *Trajectoires et Origines 2* (<https://teo.site.ined.fr/>) réalisée par l'Institut national d'études démographiques (Ined) et l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Nous vous en remercions chaleureusement car vos réponses vont permettre de mieux comprendre les transformations de la société française et plus particulièrement la diversité des origines de sa population. Lors de l'entretien avec l'enquêteur ou enquêtrice de l'Insee vous aviez donné votre accord pour réaliser ultérieurement un entretien plus approfondi.

Vous avez été sélectionnée pour participer à un entretien qui vise à **mieux comprendre les forces et faiblesses du suivi gynécologique en France métropolitaine à partir de votre expérience personnelle**. Cette post-enquête est coordonnée par **Virginie Rozée**, chercheuse à l'Ined ([virginie.rozee@ined.fr](mailto:virginie.rozee@ined.fr)).

Votre participation ne présente **aucun caractère obligatoire** : vous êtes libre de refuser l'entretien même si vous vous étiez engagée à le faire. Si vous l'acceptez, cet entretien durera **une heure environ**. Il se fera **par téléphone ou en visio**, au jour et à l'heure que vous souhaitez. Au cours de l'entretien, vous pouvez refuser de répondre aux questions et arrêter l'entretien quand vous le souhaitez. Vous êtes également libre d'accepter ou de refuser l'enregistrement de cet échange.

Sachez que les histoires et expériences que vous souhaitez raconter **resteront confidentielles**. Le protocole de l'étude suit les recommandations de la CNIL, ainsi il prend toutes les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité et la sécurité des informations que vous confierez. Vos noms, prénoms, coordonnées seront détruits à la fin de la collecte et seul le numéro d'anonymat mentionné en haut de ce document sera conservé. Les enregistrements, dont seule l'équipe de recherche et la personne en charge de la retranscription auront accès, seront conservés jusqu'à la fin de l'étude (soit 2 ans après la dernière publication) puis ils seront détruits. Quant aux retranscriptions, qui ne comporteront aucune donnée directement nominative, elles seront archivées. Elles pourront éventuellement être utilisées dans une future autre recherche, à condition que cette dernière soit d'utilité publique, menée à des fins non commerciales.

Afin de préparer cet entretien, l'équipe de TeO2 à l'Ined nous a transmis vos réponses à l'enquête ainsi que vos coordonnées. Nous conservons ces données au plus tard jusqu'au 30 novembre 2023. Elles sont accessibles uniquement aux membres de l'équipe de recherche.

Ce projet constitue un traitement de données à caractère personnel fondé sur l'exécution d'une mission d'intérêt public et avec votre consentement. Votre participation n'est pas obligatoire.

Ce traitement est placé sous la responsabilité de l'Institut national d'études démographiques (Ined). Il a été inscrit au registre des activités de traitement sous la référence 2021-DPD-0034.

Vous avez le droit d'accéder aux données vous concernant et d'en demander une copie, de les rectifier, d'en demander la limitation ou la suppression. Vous pouvez également retirer votre consentement, ce qui entraînera la suppression de vos données.

Pour faire valoir l'un de ces droits, vous pouvez contacter la responsable scientifique ([virginie.rozee@ined.fr](mailto:virginie.rozee@ined.fr)) en communiquant **le numéro d'anonymat qui vous a été attribué** (sans ce numéro, il sera impossible de retrouver votre entretien).

Vous pouvez également contacter la déléguée à la protection des données (DPD) :

par courriel : [dpd@ined.fr](mailto:dpd@ined.fr)

ou par courrier : La Déléguée à la protection des données (DPD)  
Institut national d'études démographiques  
9, cours des Humanités  
CS 50004 – 93322 Aubervilliers Cedex

Si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés, vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Cnil.

### Annexe 3 : Présentation des femmes interrogées — réponses aux questionnaires

Prénom	Âge (ans)	Dpmt de résidence	Origine	Couple	État matrimonial	Nb enfant	Plus haut diplôme possédé	Situation professionnelle	Contraception	Contraception médicale	Frottis
Laure	46	67	Gabon	Vit actuellement en couple avec une personne qui vit dans le logement	Marié(e) ou remarié(e), y compris séparé(e) légalement	4	Un diplôme de l'enseignement supérieur (y compris BTS)	Occupe un emploi	Oui	Oui	Non
Alison	23	77	DOM	Vit actuellement en couple avec une personne qui vit en dehors du logement	Célibataire	0	Un diplôme de l'enseignement supérieur (y compris BTS)	Occupe un emploi*	Oui	Oui	Non
Selma	23	75	Mali	Ne vit pas en couple	Célibataire	0	Un diplôme de l'enseignement primaire ou secondaire (hors BTS)	Occupe un emploi**	Non	Non	Non
Clémence	24	91	Guinée	Ne vit pas en couple	Célibataire	0	Un diplôme de l'enseignement supérieur (y compris BTS)	Étudiant(e), élève, en formation ou stagiaire non rémunéré	Oui	Oui	Non

\* Précise pendant l'entretien qu'elle est infirmière

\*\* Nous dit être étudiante pendant entretien (étudiante préparatrice en pharmacie)

Prénom	Âge (ans)	Dpmt de résidence	Origine	Couple	État matrimonial	Nb enfant	Plus haut diplôme possédé	Situation professionnelle	Contraception	Contraception médicale	Frottis
Justine	27	44	Inconnue	Vit actuellement en couple avec une personne qui vit dans le logement	Marié(e) ou remarié(e), y compris séparé(e) légalement	2	Un diplôme de l'enseignement supérieur (y compris BTS)	Occupe un emploi	Oui	Oui	Non
Sarah	27	63	DOM (Mayotte)	Vit actuellement en couple avec une personne qui vit dans le logement	Célibataire	1*	Un diplôme de l'enseignement primaire ou secondaire (hors BTS)	Femme ou homme au foyer	Oui	Oui	Non
Gina	40	67	Sénégal	Vit actuellement en couple avec une personne qui vit dans le logement	Célibataire	3	Un diplôme de l'enseignement supérieur (y compris BTS)	Occupe un emploi	Oui	Non	Oui
Sabrina	38	77	DOM	Vit actuellement en couple avec une personne qui vit dans le logement	Célibataire	3	Un diplôme de l'enseignement primaire ou secondaire (hors BTS)	Occupe un emploi	Non**	Non**	Non

\* a deux enfants depuis l'enquête TeO2

\*\* a un stérilet depuis deux ans

Prénom	Âge (ans)	Dpmt de résidence	Origine	Couple	État matrimonial	Nb enfant	Plus haut diplôme possédé	Situation professionnelle	Contraception	Contraception médicale	Frottis
Marguerite	55	13	DOM	Ne vit pas en couple	Veuf (ve)	2	Un diplôme de l'enseignement supérieur (y compris BTS)	Occupe un emploi	Non	Non	Non
Anne-Sophie	31	95	Haïti	Ne vit pas en couple	Célibataire	0	Un diplôme de l'enseignement supérieur (y compris BTS)	Occupe un emploi	Non	Non	Non
Sophia	34	60	Mauritanie	Vit actuellement en couple avec une personne qui vit dans le logement	Célibataire	4	Un diplôme de l'enseignement supérieur (y compris BTS)	Occupe un emploi	Oui	Oui	Oui
Annabelle	23	95	DOM	Vit actuellement en couple avec une personne qui vit en dehors du logement	Célibataire	0	Un diplôme de l'enseignement primaire ou secondaire (hors BTS)	Étudiant(e), élève, en formation ou stagiaire non rémunéré	Oui	Non	Non

Prénom	Âge (ans)	Dpmt de résidence	Origine	Couple	État matrimonial	Nb enfant	Plus haut diplôme possédé	Situation professionnelle	Contraception	Contraception médicale	Frottis
Léa	22	27	Sénégal	Ne vit pas en couple	Célibataire	0	Un diplôme de l'enseignement primaire ou secondaire (hors BTS)	Étudiant(e), élève, en formation ou stagiaire non rémunéré	Non*	Non*	Non
Misspeul	35	76	Sénégal	Vit actuellement en couple avec une personne qui vit en dehors du logement	Célibataire	0	Un diplôme de l'enseignement primaire ou secondaire (hors BTS)	Occupe un emploi	Non	Non	Non
Leslie	22	92	DOM (Guadeloupe)	Ne vit pas en couple	Célibataire	0	Un diplôme de l'enseignement primaire ou secondaire (hors BTS)	Étudiant(e), élève, en formation ou stagiaire non rémunéré	Oui	Non	Non
Mouna	38	59	Guinée	Vit actuellement en couple avec une personne qui vit dans le logement	Marié(e) ou remarié(e), y compris séparé(e) légalement	3	Un diplôme de l'enseignement primaire ou secondaire (hors BTS)	Occupe un emploi**	Oui	Oui	Non

\* a un stérilet depuis septembre 2022

\*\* Pendant l'entretien, nous dit avoir une boutique



#### Annexe 4 : Présentation des femmes interrogées — réponses aux entretiens

Prénom	Suivi gynécologique	Commentaire	Méthode de contraception	Date entretien	Durée entretien
Laure	Gynécologue femme		Stérilet	11/04/2022	00:38:21
Alison	Médecin traitant		Pilule	14/04/2022	00:28:26
Selma	Médecin traitant	Une seule consultation	Aucune	15/04/2022	00:37:47
Clémence	Gynécologue femme		Pilule	15/04/2022	00:23:17
Justine	D'abord médecin traitant, puis gynécologue femme		Stérilet en cuivre	19/04/2022	00:30:06
Sarah	Sage-femme femme		Implant	19/04/2022	00:39:50
Gina	Gynécologue femme		Application + préservatif	19/04/2022	00:27:10
Sabrina	Gynécologue femme et sage-femme femme		Stérilet hormonal	20/04/2022	00:48:19 + 12' hors enregistrement
Marguerite	/	N'a plus de suivi gynécologique	Aucune	21/04/2022	00:26:29
Anne-Sophie	Gynécologue femme	Seulement deux consultations	Aucune	21/04/2022	00:24:24
Sophia	Gynécologue homme		Stérilet en cuivre	26/04/2022	01:05:32
Annabelle	Gynécologue homme		Application + préservatif	29/04/2022	00:48:50
Léa	Sage-femme femme		Stérilet en cuivre	02/05/2022	Refus enregistrement, appel : 00:33:18
Misspeul	Planning familial		Application	03/05/2022	00:29:55
Leslie	Gynécologue femme	Une seule consultation	Application	04/05/2022	00:38:57
Mouna	Médecin traitant		Implant	09/05/2022	00:27:25

## **Annexe 5 : Guide d'entretien**

**J'aimerais aborder avec vous les forces et faiblesses du suivi gynécologique en France à partir de votre expérience personnelle. Quelles sont selon vous les raisons qui poussent une femme à consulter, ou au contraire à ne pas consulter, un médecin pour des soins ou examens gynécologiques ?**

### **Thématiques à aborder**

*[spontanément ou par des relances formulées à partir de ce que la personne a dit]*

Description d'une consultation gynécologique type — ou de la dernière consultation

*[si consulte]* **Expériences et vécus des consultations gynécologiques :**

- Professionnel·les consultés ? Est-ce qu'elle essaie d'éviter certains profils de professionnels (exemple des hommes) et pourquoi ?
- Motifs de consultation (ex. contraception\*, frottis\*\* : à définir si la personne le demande) ?
- Comment se passent les consultations ? (information fournie, qualité des échanges : est-ce qu'elle se sent libre d'aborder tous les sujets ? (intimité et pudeur, etc.)
- Comment se sent-elle pendant les consultations ? (en confiance, pas à l'aise, appréhension) ; pour quelles raisons ?
- Comment vit-elle l'examen gynécologique ? (désagréable, douloureux)

*[si ne consulte pas]* **Questionner l'absence de consultations gynécologiques :**

- Recours à des pratiques ou médecines alternatives ? (pour les examens médicaux, pour le choix des méthodes pour éviter une grossesse)
- Description de ces recours

**Accès aux soins/examens gynécologiques :**

- Facilité/difficulté de trouver un médecin
- Facilité/difficulté de se rendre aux consultations
- Facilité/difficulté pendant la consultation
- Facilité/difficulté de payer les consultations et autres soins/examens gynécologiques
- Facilité/difficulté d'accès en fonction des origines et/ou de la classe sociale des femmes

**Qualité de la prise en charge médicale du suivi gynécologique**

- Ce qu'il y a de positif dans le suivi gynécologique en France ?
- Ce qu'il faudrait améliorer selon vous ?
- Qualité de la prise en charge médicale différente selon les origines et classes sociales des femmes ?

INSTITUT NATIONAL D'ETUDES DEMOGRAPHIQUES

ETABLISSEMENT PUBLIC SCIENTIFIQUE ET TECHNOLOGIQUE • 9 COURS DES HUMANITES — CS 500004 – 93322 AUBERVILLIERS CEDEX  
TEL. 33 (1) 56 06 20 00

## **Suivi gynécologique et relations sociales**

- Sources d'information ?
- Échange avec la famille, les ami-es, les collègues ?
- Réseaux sociaux ?

**[Si non abordé spontanément] revenir sur les réponses données au questionnaire (contraception) :**

« Vous avez déclaré dans l'enquête que "la méthode que vous utilisiez à ce moment-là pour éviter une grossesse était le retrait (ou coït interrompu)/l'abstinence périodique (méthodes des températures ou du calendrier)/l'abstinence". Pourriez-vous m'en dire un peu plus à ce sujet ? »

- Les raisons qui ont poussées à ne pas faire d'examens/à choisir cette méthode ?

**[Si non abordé spontanément] revenir sur les réponses données au questionnaire (frottis) :**

« Vous avez déclaré dans l'enquête que "Au cours des 3 dernières années, vous n'avez pas eu de frottis du col de l'utérus". Pourriez-vous m'en dire un peu plus à ce sujet ? »

- Les raisons qui ont poussées à ne pas faire d'examens/à choisir cette méthode ?

*\*Méthode pour éviter d'avoir un enfant.*

*\*\*Examen gynécologique pendant lequel le ou la médecin ou gynécologue fait un prélèvement au niveau du col de l'utérus qui sera analysé ensuite pour détecter d'éventuelles anomalies*



## Annexe 6 : Fiche résumé type



**Prénom fictif :**

**Numéro d'anonymat :**

Contactée par :

Date de l'entretien :

Lieu de l'entretien :

Enregistrement :

Nom de l'enquêtrice :

Durée de l'entretien :

Principales caractéristiques sociodémographiques :

**Remarques**

**Résumé de l'entretien**

**Retranscription de l'entretien**



# Annexe 7 : Carte mentale





## Annexe 8 : Tableau de participation aux conférences et réunions d'équipe

Intitulé	Lieu	Date	Commentaires
Séminaire UR14 - « <b>Le programme des 1000 jours : une nouvelle réification des normes procréatives par le pouvoir médical ?</b> », par Julie Jarty (CERTOP, Toulouse)	Aubervilliers, Ined (visio)	31/03/2022 13h45-15h	<p>Analyse du programme des 1000 premiers jours :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rédigé par une majorité de personnes du corps médical = médicalisation de la grossesse et même avant la grossesse (+ hiérarchie genrée)</li> <li>• Programme misant sur la responsabilité individuelle des mères, ne prend pas en compte les facteurs socio-économiques</li> <li>• Fait peu mention des hommes --&gt; juste pour parler de la paternité et pas avant (notamment pour la pré-conception ou la grossesse)</li> <li>• Accent mis sur l'alimentation, mais pas de nutritionnistes présents lors de la rédaction du rapport</li> </ul>
Tables rondes organisées par les Cahiers du Genre – « <b>L'intersectionnalité en France (2005-2022). Actualité éditoriale et perspectives</b> »	Aubervilliers, Ined (visio)	06/04/2022 14h-18h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'intersectionnalité permet de prendre en compte la double étiquette de certaines femmes : femme et noire</li> <li>• En France, on a beaucoup étudié le rapport entre genre et classe, mais oublié de la race --&gt; dénonciation de l'universalisme républicain</li> <li>• L'intersectionnalité permet d'admettre la race --&gt; avant on parlait d'ethnicité/ethnisation = euphémisme</li> <li>• Critique dans les débats actuels = wokisme / islamo-gauchisme (essentialisation d'un groupe à sa religion)</li> <li>• Tendance à l'oubli en France de son passé colonialiste</li> </ul>
Séminaire du laboratoire Junior Contraception & Genre – « <b>Les oppositions médicales à l'avortement</b> », par Raphaël Perrin (Paris 1) et Lucile Ruault (CNRS)	Aubervilliers, Ined (présentiel)	07/04/2022 14h-17h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les années 70 : Grande réticence de la part des médecins même après le passage de la loi en 1974 --&gt; les médecins en faveur sont majoritairement des généralistes et des femmes (en défaveur des gynécologues + médecins du Nord conservatistes)</li> <li>• Aujourd'hui : véritable soutien exprimé par les médecins au droit à l'IVG : devient une norme médicale</li> <li>• Dans certains lieux, stigmatisation des médecins qui utilisent la clause de conscience (pour des raisons religieuses = laïcisation de la morale médicale)</li> <li>• Les médecins expriment une ambivalence : dégoût profond envers la pratique du geste (le fœtus est humanisé). Beaucoup sont contre l'allongement du délai de l'IVG à Le dégoût est une construction sociale qui légitimise le rejet</li> <li>• Positionnement des médecins comme sauveurs et se sentent instrumentaliser dans l'exercice de l'IVG (prestataires de service)</li> </ul>

Intitulé	Lieu	Date	Commentaires
Séminaire UR14 - « <b>Violences sexuelles subies par les hommes avant 18 ans et sexualité : quelles co-constructions ?</b> », par Lucie Wicky (doctorante, Ined)	Aubervilliers, Ined (présentiel)	12/05/2022 14h15-15h15	Présentation du plan détaillé de la thèse
Journée doctorale – « <b>Session 1 : penser les violences sexuelles des parcours aux réflexivités</b> », par l'Ined	Aubervilliers, Ined (présentiel)	16/05/2022 10h-11h30	<p>« <b>Rapports d'âge et rapports de genre dans les violences sexuelles vécues par les garçons</b> » - Lucie Wicky</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Différents rapports d'âge : âge chronologique, âge statuaire ≠ âge corporel</li> <li>• Rapport de pouvoir entre auteurs et victimes lié au statut ou à la position dans le parcours de vie</li> <li>• Violences fréquentes vers 8 ans et 14 ans</li> </ul> <p>« <b>L'effet stratifiant des réflexivités sexuelles. Interpréter les expériences non souhaitées, éprouver son identité et se (dé)valoriser</b> » - Rebecca Levy-Guillain</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• On parle beaucoup du consentement, les individus réfléchissent à leurs expériences sexuelles passées : les femmes pensent à celles non-souhaitées et les hommes à celles "imposées" (classes moy/sup)</li> <li>• Les hommes cherchent des arguments pour justifier leurs comportements --&gt; engendre un travail de transformation de soi = remise en question identitaire</li> <li>• Les femmes se perçoivent comme vulnérable = mésestime de soi</li> </ul>
Séminaire UR14 - « <b>Sex and the Survey: a cross-national comparison of sexual and reproductive health questions in surveys</b> », par Joe Strong (London School of Economics and Political Science, UK)	Aubervilliers, Ined (présentiel)	19/05/2022 13h45-14h45	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les questionnaires apportent des preuves, mais aussi des informations aux personnes qui les remplissent</li> <li>• Souvent une norme hétérosexuelle (sexe anal dans catégorie sexe à risque)</li> <li>• Les moyens de contraception cités ne sont pas les mêmes selon les pays (ex : injectables ou abstinence)</li> <li>• Plus de questions sur le consentement dans les pays du Nord que du Sud</li> </ul>
Conférence internationale – « <b>Accoucher en temps de pandémie de Covid-19</b> », par Virginie Rozée (Ined) et Clémence Schantz (IRD, Ceped)	Aubervilliers, Ined (présentiel)	08/06/2022 9h-17h30	Journée de présentation des résultats de l'étude ANR (recherche réalisée en Ile-de-France et à la Réunion auprès des soignants et des femmes qui ont accouché pendant la pandémie) et présentation d'autres études menées dans d'autres pays

Intitulé	Lieu	Date	Commentaires
Séminaire UR14 – « <b>Cancers du sein et mobilités thérapeutiques : expériences et vécus de femmes africaines</b> », par Clémence Schantz (IRD, Ceped)	Aubervilliers, Ined (présentiel)	09/06/2022 13h45-14h45	Présentation du projet Senovie : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idée courante : Nord = cancer et Sud = maladies infectieuses</li> <li>• En Afrique subsaharienne : de plus en plus de femmes jeunes ont des formes agressives de cancer à des stades avancés</li> <li>• Âge médian = 45 ans vs 63 ans en France</li> <li>• Peu de prise en charge, concentration des soins dans la capitale, recours aux médecines traditionnelles</li> <li>• Au Mali, oncologie est une discipline récente (2012), il y a 5 oncologues tous formés à l'étranger, 1 appareil de radiothérapie (tout le temps en panne)</li> </ul>
Séminaire UR14 – « <b>L'injonction au silence des femmes qui ont accouché pendant la pandémie</b> », par Laurine Boileau (M2, EHESS) et Virginie Rozée (Ined)	Aubervilliers, Ined (visio)	16/06/2022 13h45-14h45	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accouchement = évènement heureux, si l'enfant va bien, tout va bien, d'où l'injonction au silence</li> <li>• Trois facteurs qui renforcent ce silence : l'absence de partage autour de la réalité des naissances, le besoin de relativiser l'expérience et l'intégration de la notion de chance</li> </ul>
Journée d'étude – « <b>Santé et sexualité : pratiques, techniques et savoirs</b> », par RT28 Recherches en sciences sociales sur la sexualité & le RT19 Santé, médecine, maladie et handicap	Aubervilliers, Ined (visio)	20 et 21/06/2022	« <b>De la formation en gynécologie à l'exercice en consultation : Une sexualité indicible ?</b> » par Leslie Fonquerne, Docteure en sociologie, CERTOP, Université Toulouse Jean Jaurès <ul style="list-style-type: none"> <li>• La sexualité n'est pas abordée pendant les études de médecine</li> <li>• Les médecins font appel à leurs propres expériences lorsque c'est abordé en consultation</li> </ul>
Séminaire UR14 – « <b>Les différences territoriales de prise en charge des IVG médicamenteuses par les sages-femmes en ville : le cas des Pays de la Loire, de l'Occitanie et de la Corse</b> », par Clémence Bracq (M2, UR14)	Aubervilliers, Ined (présentiel)	23/06/2022 13h45-14h45	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les inégalités territoriales sont liées à la position des soignants sur l'IVG</li> <li>• Compétition entre sages-femmes, médecine généraliste et gynécologues</li> </ul>



---

# Table des matières

---

Introduction.....	1
État des savoirs.....	3
1- Le suivi gynécologique et obstétrical : de quoi parle-t-on ? .....	3
1.1- L'étendue de cette spécialité .....	3
1.2- Les professions responsables du suivi.....	4
1.3- L'histoire de l'appropriation du corps des femmes par la médecine .....	6
2- Qu'entend-on par violences gynécologiques et obstétricales ?.....	9
2.1- Un concept nouveau en France.....	9
2.2- Un concept qui fait polémique.....	11
2.3- Le rôle des médias dans la prise en compte de ces violences .....	12
3- Comment les femmes racisées « noires » sont-elles confrontées aux soins gynécologiques et obstétricales ? .....	15
3.1- Race, raci(al)isation et discriminations .....	15
3.2- La notion de « valeur sociale » dans le milieu médical .....	15
3.3- Des traitements différenciés dans les soins gynécologiques et obstétricaux .....	17
Problématisation.....	19
Méthodologie.....	21
Analyse des résultats .....	27
1- Les difficultés d'accès aux soins : une violence ? .....	27
1.1- Un lien entre suivi gynécologique et vie sexuelle.....	27
1.2- Un cumul de difficultés qui freine la prise de rendez-vous.....	30
1.3- Une consultation qui touche à l'intime .....	33
2- Faire face aux violences gynécologiques et obstétricales .....	39
2.1- Des violences qui s'inscrivent dans un <i>continuum</i> .....	39
2.2- Les violences gynécologiques et obstétricales : une expression difficile à s'approprier .....	41
2.3- Peut-on justifier les violences ? .....	44
3- L'importance de l'information et de l'éducation .....	47
3.1- Des pratiques transmises par l'entourage .....	47
3.2- Informer dès le plus jeune âge avec l'éducation à la sexualité.....	48
3.3- Débanaliser les sujets en lien avec la gynécologie grâce aux médias .....	50
Conclusion.....	53
Index.....	57
Bibliographie.....	59

Articles .....	59
Ouvrages, thèses et mémoires .....	61
Conférences .....	61
Webographie .....	61
Liste des annexes .....	63
Annexe 1 : Fiche de poste.....	64
Annexe 2 : Lettre d'information envoyée aux femmes sélectionnées .....	66
Annexe 3 : Présentation des femmes interrogées — réponses aux questionnaires .....	68
Annexe 4 : Présentation des femmes interrogées — réponses aux entretiens.....	73
Annexe 5 : Guide d'entretien.....	74
Annexe 6 : Fiche résumé type .....	77
Annexe 7 : Carte mentale.....	79
Annexe 8 : Tableau de participation aux conférences et réunions d'équipe.....	81
Table des matières.....	85

DÉSÉTABLES

Sarah

22 Septembre 2022

## MASTER 2 PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION

Promotion 2021 - 2022

### Les expériences gynécologiques et obstétricales des femmes racisées en France

#### **Résumé :**

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre de la post-enquête Trajectoires et origines 2 (TeO2) menée par l'Institut national d'études démographiques (Ined). Le but de ce travail est d'étudier les expériences gynécologiques et obstétricales des femmes originaires des DROM/COM ou d'Afrique subsaharienne. Lors de leur participation à l'enquête TeO2, elles ont déclaré ne pas avoir eu de frottis depuis plus de trois ans et/ou ne pas prendre de contraception médicalisée (pilule, stérilet, implant). Ces femmes sont donc considérées comme en marge des « normes » gynécologiques et contraceptives. En utilisant une approche qualitative, nous avons cherché à comprendre pourquoi. Selon la littérature, les femmes racisées « noires » sont plus soumises aux discriminations dans les soins. Nous avons supposé que des expériences négatives, comme des violences gynécologiques et obstétricales, sont à l'origine de l'absence de suivi. Il s'avère que les femmes rencontrées font face à des barrières structurelles expliquant pourquoi ces femmes sont en dehors des marges en termes de santé sexuelle et reproductive. En cas de mauvaises expériences, les femmes ne renoncent pas aux soins, mais adoptent des stratégies d'évitement.

#### **Mots clés :**

Violences gynécologiques et obstétricales – femmes – racisées

*L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*