Aix Marseille Université

NNT : 0000AIXM0000

THÈSE DE DOCTORAT

Soutenue à Aix-Marseille Université
le 16 décembre 2024 par

Sarah ROUSSEL

Une approche psychosociale de l'expérience de l'examen gynécologique et du dépistage du cancer du col de l'utérus : entre prévention et intime

Discipline
Psychologie

École doctorale
ED356 – Cognition, Langage, Éducation

Laboratoire/Partenaires de recherche
Laboratoire de Psychologie Sociale – UR 849

Composition du jury

Valérie HAAS Professeure des Universités, Université Lumière Lyon 2	Rapporteurse
Juliet FOSTER Professeure, King's College London	Rapporteurse
Marie SANTIAGO-DELFOSSE Professeure Émérite, Université de Lausanne	Examinatrice
Yannick JAFFRÉ Directeur de Recherche Émérite, CNRS	Examinateur
Vincent BRÉJARD Professeur des Universités, Aix-Marseille Université	Président du jury
Thémistoklis APOSTOLIDIS Professeur des Universités, Aix-Marseille Université	Directeur de thèse
Léa RESTIVO Maîtresse de conférence, Aix-Marseille Université	Co-directrice de thèse

Affidavit

Je soussigné, Sarah Roussel, déclare par la présente que le travail présenté dans ce manuscrit est mon propre travail, réalisé sous la direction scientifique de Thémistoklis Apostolidis et Léa Restivo, dans le respect des principes d'honnêteté, d'intégrité et de responsabilité inhérents à la mission de recherche. Les travaux de recherche et la rédaction de ce manuscrit ont été réalisés dans le respect à la fois de la charte nationale de déontologie des métiers de la recherche et de la charte d'Aix-Marseille Université relative à la lutte contre le plagiat.

Ce travail n'a pas été précédemment soumis en France ou à l'étranger dans une version identique ou similaire à un organisme examinateur.

Fait à Marseille, le 19 octobre 2024



Liste de publications et/ou brevets et participation aux conférences

1) Liste des publications et/ou brevet réalisées dans le cadre du projet de thèse :

    1. Roussel, S., Restivo, L. & Apostolidis, T. (accepté pour publication). "All naked at the gyno": Psychsocial approach of the gynecological examination from digital media in a French context. *New Media & Society*
    2. Roussel, S., Restivo, L. & Apostolidis, T. (accepté pour publication). The gynecological examination from Women's and providers' perspectives: A systematic literature review. *Psicologia e Saber Social*
    3. Roussel, S. (2024). Étudier l'examen gynécologique par observations : Enjeux d'une posture féministe en psychologie sociale. Dans D. Fonte & S. Lelaurain (Dir), *Épistémologies féministes et psychologie. Savoirs situés, pratiques situés* (p. 161-193). Éditions Herman

2) Participation aux conférences et écoles d'été au cours de la période de thèse :

    1. Roussel, S, Restivo, L. & Apostolidis T. (2022, novembre). « Toute nue chez le gynéco » : Approche socio-représentationnelle de l'examen gynécologique à partir des médias digitaux. Communication présentée au colloque international « Journées d'Études en Psychologie Sociale – Regards passés et horizons d'avenir sur la psychologie sociale d'ici et d'ailleurs », Brest, France.
    2. Roussel, S., Restivo, L. & Thémis Apostolidis, T. (2021, décembre). « 1er rdv gygy ... comment ça se passe ??? » : Approche socio-représentationnelle de la construction des savoirs liés à l'examen gynécologique à partir des médias digitaux. Communication présentée au colloque international « Ignorance scientifique, ignorance de genre ? La construction genrée des problèmes de santé publique », Rennes, France.
    3. Roussel. S. (2021, juillet). À la croisée des perspectives : l'examen gynécologique, une rencontre au cœur de l'intime. Session de vulgarisation au séminaire annuel du Canceropôle Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), Saint-Raphaël, France. Prix « coup de cœur » de la SATT Sud-Est.
    4. Roussel, S., & Genin, M. (2022, février). L'après violences sexuelles et l'examen gynécologique : approche(s) psychosociale(s) à partir des discours issus des médias digitaux. Communication présentée au séminaire « Le genre en sciences humaines et sociales : regards croisés », Aix-en-Provence, France.
    5. Roussel, S. (2021, novembre). Représentations et pratiques liées à l'examen gynécologique en rapport au dépistage du cancer du col de l'utérus en contexte de précarité. Communication présentée au séminaire des rencontres doctorales de l'INCa, Belle-Église, France.
    6. Roussel, S. (2020, novembre). Représentations sociales de l'examen gynécologique et rapport au dépistage du cancer du col de l'utérus en contexte de précarité. Communication présentée au séminaire des rencontres doctorales de l'INCa.

Résumé

L'examen gynécologique (EG), dont le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU), apparaît comme un objet sensible au cœur d'enjeux sanitaires et sociétaux. De mauvaises expériences passées et une perception négative de l'EG sont largement pointées comme freins au recours au dépistage du CCU, avec de fortes inégalités sociales. Ces éléments font écho aux mobilisations féministes en gynécologie et à l'ampleur des témoignages de violences gynécologiques sur les réseaux sociaux. Une revue systématique de la littérature sur les perspectives des femmes et des professionnel·le·s sur l'EG a montré qu'en majorité, les études visaient à identifier les freins et facilitateurs au recours au dépistage du CCU, avec un manque de cadre théorique et conceptuel et peu d'études sur la perspective des professionnel·le·s. De multiple facteurs psychosociaux semblent en jeu dans le contexte de l'EG. Il apparaît comme une situation éminemment sociale dans laquelle s'actualisent des enjeux à la fois émotionnels, relationnels et socio-symboliques.

Par une articulation entre psychologie féministe et approche des représentations sociales, cette thèse se donne comme objectif général de proposer une analyse psychosociale de l'EG pour une meilleure compréhension des logiques sociales et symboliques qui s'actualisent dans cette situation. Pour cela, nous cherchons à appréhender différents phénomènes socio-représentationnels liées à l'EG dans leur émergence et déroulement spontanés et en fonction du contexte de production, des modalités d'expression, ou selon les différent·e·s acteur·rice·s de la relation médicale. Dans une approche pluri-méthodologique inductive et qualitative inspirée de la triangulation, un dispositif de recherche s'appuyant sur un recueil in situ a été déployé. Il s'articule autour de trois opérations de recherche : une analyse à partir de forums et de témoignages sur les réseaux sociaux, des observations de consultations gynécologiques sur six structures médicales à Marseille et des entretiens semi-directifs auprès de praticien·ne·s et de femmes, en contexte de précarité ou non.

Plus qu'une pratique médicale, les contributions empiriques mettent en avant que le rapport à l'EG s'appuie plus largement sur des savoirs sociaux pré-existants et symptomatiques des rapports sociaux de domination liés au genre et au pouvoir médical, dont le contenu peut dépendre du contexte de production et de la place prise pour le penser. Différents horizons sont pris pour penser l'EG : un horizon préventif et un horizon intime, reflétant diverses significations centrales associées. L'articulation entre la dimension préventive et la dimension intime se manifeste au travers des pratiques liées à l'EG. Si le rôle des professionnel·le·s et de leurs pratiques paraît central dans la qualité de l'expérience de l'EG pour les femmes, les professionnel·le·s font également part de tout un travail actif pour rendre acceptable l'examen et consolider l'idée de la nécessité d'un suivi gynécologique régulier. Les pratiques liées à l'EG font ainsi l'objet d'une importante ritualisation, visant notamment la neutralisation de la dimension intime, mais aussi de fluctuation selon les professionnel·le·s et les caractéristiques psychosociales des patientes. Certaines pratiques semblent avoir fait l'objet de transformation au regard des évolutions du modèle relationnel en médecine. Toutefois, des discordances entre

pratiques effectives et discours sur les pratiques émergent face à certains enjeux saillants de l'EG comme le consentement ou la gestion de la douleur. Enfin, l'ensemble des résultats converge vers un point : les femmes ont de mauvaises expériences liées à l'EG et en gynécologie. Pour autant, ce qui est considéré comme de mauvaises expériences, de mauvaises pratiques et/ou de violences gynécologiques fait l'objet de diverses prises de positions et significations associées. Ces contributions nous amènent à des implications théoriques et des préconisations pratiques.

Mots clés : Examen gynécologique ; dépistage du cancer du col de l'utérus ; représentations sociales ; psychologie féministe ; pluri-méthodologie

Abstract

The gynecological examination (GE), including cervical cancer screening (CCS), appears to be a sensitive subject at the heart of health and societal issues. Past negative experiences and a negative perception of GE are widely cited as barriers to undergoing CCS, with significant social inequalities. These elements echo feminist mobilizations in gynecology and the widespread testimonies of gynecological violence on social media. A systematic review of the literature on the perspectives of women and professionals regarding GE showed that most studies aimed to identify the barriers and facilitators to CCS uptake, with a lack of theoretical and conceptual frameworks and few studies focusing on the perspective of professionals. A multitude of psychosocial factors seem to be at play in the context of GE. It appears as a highly social situation in which emotional, relational, and socio-symbolic concerns actualize.

Through an articulation between feminist psychology and the socio-representational approach, the general objective of this thesis is to propose a psychosocial analysis of GE for a better understanding of the social and symbolic logics that actualize in this situation. To this end, we seek to understand various socio-representational phenomena related to GE in their spontaneous emergence and unfolding, depending on the context of production, modes of expression, or according to the various actors in the medical relationship. Using an inductive and qualitative mixed-method approach inspired by triangulation, a research framework based on in-situ data collection was developed and revolves around three research operations: an analysis of forums and testimonies on social media, observations of gynecological consultations in six medical centers in Marseille, and semi-structured interviews with practitioners and women, in precarious contexts or not.

More than a medical practice, the empirical contributions highlight that the relationship to GE relies more broadly on pre-existing social knowledge symptomatic of social power dynamics linked to gender and medical authority, the content of which may depend on the context of production as well as the space given to reflect on it. Different horizons are considered when addressing GE: a preventive horizon and an intimate horizon, reflecting diverse central meanings. The articulation between the preventive and intimate dimensions is manifested through the practices related to GE. If the role of professionals and their practices seems central to the quality of the GE experience for women, professionals also report a significant amount of active work to render the examination acceptable and reinforce the idea of the necessity of regular gynecological follow-up. Practices related to GE thus undergo a significant ritualization, particularly aimed at neutralizing the intimate dimension, but they also fluctuate depending on the professionals and the patients' psychosocial characteristics of the patients. Some practices seem to have evolved in response to evolutions in the medical relational model. However, discrepancies between observed practices and discourse about them emerge in the face of certain key issues in GE, such as consent or pain management. Finally, the overall results converge on one point: women have negative experiences related to GE and gynecology. At the same time, what is considered negative experiences, poor

practices, and/or gynecological violence is subject to various position statements and associated meanings. These contributions lead us to theoretical implications and practical recommendations.

Keywords : Gynecological examination ; cervical cancer screening ; social representations ; feminist psychology ; mixed-methods design

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes co-directeur et directrice de thèse Thémis Apostolidis et Léa Restivo pour votre encadrement tout au long de ces années, la pertinence de vos conseils et la richesse de nos échanges. La confiance et le soutien que vous m'avez témoignés durant ces années m'ont permis de m'épanouir et de mener à bien ce projet.

Je tiens à adresser mes remerciements à Valérie Haas, Juliet Foster, Yannick Jaffré, Marie Santiago-Delefosse et Vincent Bréjard d'avoir accepté de lire ce travail et de me faire l'honneur de l'évaluer.

Mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont traversé « l'espace doctorant » pendant ces dernières années, je pense en particulier à Alexis, Alice, Éloïse, Maeva, Sara et Thibaud. J'ai toujours pu trouver du soutien, de l'entre-aide et de quoi alimenter nos réflexions !

Je tiens également à remercier Solveig, pour nos discussions en voiture, pour le colloque à Brest et aussi pour m'avoir permis de rendre dicible une conciliation entre psychologie sociale et féminisme. J'en profite pour remercier également David Fonte, pour l'occasion que vous m'avez tout·e·s deux permis d'écrire sur ma posture de recherche sur le terrain.

À Angela Zeller, pour ces très nombreuses heures passées à trianguler ensemble sur les entretiens, c'était un réel plaisir de travailler avec toi !

Je remercie sincèrement Natacha Mauric pour son aide précieuse dans les rouages administratifs de l'université.

À ma mère et ma sœur, merci pour votre soutien dans ce long parcours. Nos appels téléphoniques et échanges quasi-quotidiens ont été une réelle ressource ! Et merci à « la petite », Anamaria, pour le rayon de soleil qu'elle représente déjà !

À mon père, je te remercie pour ton intérêt sincère envers ce que je fais et ce que j'entreprends. Je suis très heureuse de partager cela avec toi.

Papy, Grand-mère, ça y est : j'ai enfin fini les études ! Avec celles et ceux qui sont plus loin, Thomas, Parrain, Lydie, Gaby, Axel et Antho, je vous remercie toutes et tous pour tous ces repas et ces moments de partage qui, l'espace d'un instant, me font sortir du monde de la recherche.

Anne et Agnès, votre amitié m'accompagne depuis maintenant … 15 ou 16 ans il me semble ? Vous faites partie de mes piliers, et pour cela, je vous remercie. Beaucoup d'amour à vous et au petit Lucien qui arrive au même moment où je termine cette thèse !

J'en profite pour remercier Sarah et Camille pour tous ces traditionnels vendredis soirs chez les filles, mais aussi pour cette initiation au JDR.

À ma chère Isabelle, pour ton amitié, ta curiosité, ton écoute et ton humour : un grand merci ! J'ai hâte de nos prochains apéros (ou café) !

Comme le disait l'anthropologue et amie Dr. Breteau Marion « ça suffit d'écrire pour BLN » (private joke). Pour ces grands moments d'échanges et de discussions épistémologiques et théoriques ahah, pour cette passion et ces stresses que l'on partage toutes les deux, et aussi pour ton humour et ta douceur : je te remercie.

Puis merci à celles et ceux qui m'ont suivie, de près ou de loin : Petit pierre, Léa, Thibaut, Ninie, Pistou et certainement d'autres qui ne m'en voudront pas de ne pas les nommer.

Ça fait des doublons mais tant pis, pour toutes ces virgules en trop, ces fautes d'accord et autres, mention spéciale à ma « team relecture » : Anne, Gary, Thibaut et Marion, merci d'avoir pris ce temps !

À Perceval, mon chaton, même si depuis mon ordi je t'observe parfois avec envie, merci de me rappeler les plaisirs simples de la vie.

Gary, mon partenaire, mon conjoint, mon compagnon, mon copain, mon mec, mon keum, je te remercie amoureusement pour tout ce qu'on s'apporte mutuellement au quotidien.

Enfin, un immense merci à toutes les personnes, les professionnelles et les patientes, qui ont accepté de m'accueillir durant leur consultation, qui m'ont partagé leurs expériences et qui m'ont aidée dans la poursuite et l'aboutissement de ce projet !

Cette thèse a bénéficié de deux allocations de recherche, l'une de l'Institut National du Cancer (2019-2022), et l'autre de la Ligue Contre le Cancer (2023-2024), ainsi qu'une allocation de soutien à la recherche du Gefluc Marseille et du Canceropôle Provence-Alpes-Côte d'Azur (2021-2022)

Table des matières

Affidavit *2*
Liste de publications et/ou brevets et participation aux conférences *3*
Résumé *4*
Abstract *6*
Remerciements *8*
Table des matières *11*
Introduction *15*

1. La construction d'un parcours, le choix d'un objet **16**
2. Plan du manuscrit **18**

Chapitre 1. Examen gynécologique et dépistage du cancer du col de l'utérus : les contours d'un objet et perspectives psychosociales *20*

1.1 L'examen gynécologique : éléments de cadrage **21**
1.2 Le cancer du col de l'utérus et son dépistage **23**
1.2.1 Un enjeu de santé publique au prisme d'un gradient social 23
1.2.2 Les modalités du dépistage en France 24

1.3 Du côté des femmes : quelles pratiques de recours ? **26**
1.3.1 Les pratiques de recours à l'examen et à la consultation gynécologique 27
1.3.2 Les pratiques de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus 29
1.3.3 L'expérience comme frein de recours au dépistage 31

1.4 Du côté des professionnel·le·s de la gynécologie **32**
1.4.1 Une pratique transversale à différents corps professionnels 32
1.4.2 Un domaine médical féminin 37
1.4.3 Les modalités de prescription d'un examen gynécologique 40

1.5 Un domaine médical en tension : sur les violences gynécologiques **42**
1.5.1 La dénonciation des violences : mobilisations féministes et médias sociaux 42
1.5.2 Quelle définition, conceptualisation ? 44
1.5.3 Vers une remise en question des pratiques et relations en gynécologie ? 46

1.6 La médecine, la gynécologie et les femmes **49**
1.6.1 Considérations socio-historiques du rapport de la médecine au corps des femmes 49
1.6.2 Remarques sur le principe de prévention de notre société contemporaine 53
1.6.3 Les femmes comme groupe social à risque 55

1.7 Remarques conclusives : sur la production sociale de l'ignorance liée à l'examen gynécologique **57**

Chapitre 2. L'examen gynécologique du point de vue des femmes et des professionnel·le·s : une revue systématique de la littérature *59*

2.1 Introduction **59**

2.2 Matériel et méthode 61
2.2.1 Stratégie de recherche 61
2.2.2 Critères de sélection 62
2.2.3 Sélection des études 62
2.2.4 Extraction des données des études sélectionnées 62

2.3 Résultats 64
2.3.1 Caractéristiques des études 64
2.3.2 De la perspective des femmes sur l'examen gynécologique 66
2.3.3 De la perspective des professionnel·le·s de santé sur l'examen gynécologique 74

2.4 Discussion 77
2.4.1 Limites de l'étude de l'examen gynécologique dans la littérature 77
2.4.2 Limites 78
2.4.3 Enjeux psychosociaux de l'examen gynécologique 78

Chapitre 3. Considérations épistémologiques et théoriques 81

3.1 Une approche féministe critique 81
3.1.1 Quelques apports de la psychologie féministe 82
3.1.2 Épistémologies féministes du positionnement 84
3.1.3 Le développement d'une posture de recherche 86

3.2 Une approche psychosociale de l'examen gynécologique 87
3.2.1 Un regard psychosocial sur l'examen gynécologique 87
3.2.2 Les apports de la théorie des représentations sociales 89

3.3 Problématisation et objectifs de recherche 98

Chapitre 4. Démarche méthodologique et opérationnalisation de la stratégie de recherche 104

4.1 Une approche pluri-méthodologique de l'examen gynécologique 104
4.2 Une démarche qualitative 107
4.3 Le terrain en psychologue sociale féministe : illustration d'une posture en tension 108
4.3.1 Quelques particularités de l'observation de la relation soignante-soignée en consultation gynécologique 109
4.3.2 Malaise éthique autour du recueil de consentement en recherche 112
4.3.3 Les « violences gynécologiques » *in situ* : affects et posture et leur valeur heuristique 117
4.3.4 Pour conclure 121

4.4 Opérationnalisation du programme de recherche 122
4.4.1 Enquête à partir des médias digitaux (chapitre 5) 122
4.4.2 Enquête par observations directes de consultations gynécologiques (chapitre 6) 124
4.4.3 Enquête par entretiens semi-directifs (chapitre 7) 126

Chapitre 5. « Toute nue chez le gynéco » : approche socio-représentationnelle de l'examen gynécologique à partir des médias digitaux 130

5.1 Rappel des objectifs 130
5.2 Matériel et méthode 131
5.2.1 Recueil du corpus 131
5.2.2 Considérations éthiques 134

5.2.3 Stratégie d'analyse 135

5.3 Résultats 136

5.3.1 Univers liés à l'examen gynécologique 138

5.3.2 Univers liés à la consultation gynécologique 139

5.4 Discussion 146

5.4.1 Doctissimo : un espace d'expression d'une absence de savoir et d'actualisation de la norme gynécologique 146

5.4.2 PayeTonGynéco : un espace d'expression d'une absence de considération et de déstabilisation de la norme gynécologique 148

5.4.3 Limites 150

5.4.4 Conclusion 151

Chapitre 6. Consultations gynécologiques et pratiques de l'examen gynécologique in situ : une enquête par observations directes 153

6.1 Rappel des objectifs 153

6.2 Méthode 153

6.2.1 Déroulement de l'enquête par observations 154

6.2.2 Recueil des données 157

6.2.3 Stratégie d'analyse 164

6.3 Résultats 165

6.3.1 Éléments descriptifs généraux 165

6.3.2 Rapport à la norme préventive en consultation gynécologique 179

6.3.3 Les savoirs mobilisés : qui parle de quoi, avec qui et dans quel contexte ? 189

6.3.4 Les pratiques liées à l'examen gynécologique 208

6.4 Synthèse et ouverture 232

6.4.1 La logique préventive au prisme d'un gradient social 232

6.4.2 La consultation gynécologique comme lieu d'expression de discours symptomatiques des rapports sociaux de genre 233

6.4.3 Les pratiques liées à l'examen gynécologique : entre ritualisation, fluctuation et transformation 234

Chapitre 7. Parler de l'examen gynécologique : une enquête par entretiens semi-directifs 238

7.1 Rappel des objectifs 238

7.2 Méthode 238

7.2.1 Recueil des données 239

7.2.2 Démarche d'analyse des entretiens 244

7.3 Du point de vue des praticien·ne·s 247

7.3.1 Résultats 247

7.3.2 Discussion 291

7.4 Du point de vue des femmes 296

7.4.1 Résultats 296

7.4.2 Discussion 330

Chapitre 8. Discussion générale et perspectives 335

8.1 Synthèse des résultats et mise en perspective 335
8.1.1 La logique préventive en gynécologie 336
8.1.2 L'intime en consultation gynécologique 339
8.1.3 Les pratiques liées à l'examen gynécologique 341
8.1.4 *Quid* des violences gynécologiques ? 346
8.2 Limites 348
8.3 Contributions du travail de thèse 349
8.3.1 Développer une approche psychosociale pour penser les problématiques de santé publique 349
8.3.2 La prise en compte du point de vue des professionnel·le·s 350
8.3.3 Une approche « multi-niveaux » pour la compréhension des enjeux associés à l'examen gynécologique 351
8.3.4 Une démarche pluri-méthodologique pour appréhender des objets sensibles et tensionnels 352
8.3.5 Sur l'utilisation des médias digitaux 353
8.4 Perspectives 355
8.4.1 Perspectives de recherche 355
8.4.2 Perspectives appliquées 356
En guise d'ouverture 359
Références bibliographiques 360
Table des tableaux 397
Table des figures 398
Table des annexes 399

Introduction

Si l'examen gynécologique (EG) est un sujet dont on ne parle pas spontanément dans la vie de tous les jours, j'ai été surprise, pendant ces années de doctorat, de constater qu'il suffisait de l'énoncer pour que les langues se délient. À ce sujet, je partage le constat de l'écrivaine Terry Kapsalis dans son ouvrage sur l'EG : « le silence est rare, du moins de la part des femmes. Bien plus souvent, des histoires émergent »[1] (1997, p. 3). En effet, lors d'évènements dans la sphère personnelle, du moment où j'indiquais que je réalisais un doctorat en psychologie sociale sur l'EG et le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU), il était quasi-systématique que des personnes, majoritairement des femmes, me fassent part d'une « anecdote », soit m'expriment le récit d'une expérience vécue en lien avec la gynécologie. J'ai également été surprise de constater cela dans une pluralité de contextes, et notamment dans le milieu académique. À la fin d'une journée de séminaire du Canceropole PACA, dans laquelle je suis intervenue dans le cadre d'une session de vulgarisation, des personnes, et plus précisément des femmes, d'âge et de statut variable, venaient s'adresser à moi par groupe de deux ou trois. Dans une forme de confidence, elles me faisaient part de récits d'expériences vécues liées à l'EG et la consultation gynécologique, ponctuant leur discours sur l'importance des travaux que j'entreprenais. Quelque années plus tard, je présentais une étude réalisée dans le cadre de mes travaux dans un colloque en psychologie sociale. Pendant mon exposé et à la lumière des résultats que je présentais, j'entendais des rires dans l'auditoire, mais aussi des chercheuses qui s'échangeaient leurs propres point de vue sur ce qu'elles même considéraient comme relevant de l'intime dans cette situation médicale.

Si pour certaines il était question de me relater de la gêne qu'elles pouvaient ressentir ou de ce qu'elles considéraient comme intime dans cette situation, pour la plupart, il s'agissait de décrire les attitudes des praticien·ne·s, leurs pratiques professionnelles et comment cela avait contribuer à la qualité de leur expérience. En cela, les récits spontanés d'expériences que les personnes me partagent dans une

[1] Ma traduction : « *silence is rare, at least from women. Much more often stories come forth*. »

diversité de contextes, mais aussi les rapports de santé publique, les témoignages de violences gynécologiques sur les réseaux sociaux *etc.*, l'ensemble de ces sources plurielles et diverses semble s'accorder sur un point : l'examen gynécologique est une expérience signifiante, et mériterait pour cela davantage d'attention.

À ces partages d'expériences, ce sont aussi certaines réactions d'incompréhensions face au choix de l'objet que je souhaite souligner ici. À quelques reprises, on m'a questionnée sur pourquoi cet examen spécifiquement, c'est-à-dire pourquoi ne pas prendre en compte d'autres examens pouvant relever socialement et culturellement de « l'intime » du fait des organes qu'ils concernent (*e.g.*, proctologue), ou comme on a pu me le formuler explicitement : « et les hommes ? ». Deux remarques peuvent être faites à ce sujet. Premièrement, cela me permet de préciser la singularité de l'EG comme objet de recherche. En effet, cet examen s'inscrit plus largement dans le suivi gynécologique qui comporte deux spécificités en comparaison à d'autres types de suivi médical. Tout d'abord, ce suivi a pour spécificité de s'adresser à une seule catégorie de la population définie par son sexe biologique, et cela, dès la puberté. Ensuite, il est aussi certainement l'unique type de suivi médical ne nécessitant pas de raisons médicales (*e.g.*, maladie, grossesse), et reposant sur la régularité des consultations. En cela, s'il peut relever de l'intime comme possiblement d'autres examens, la particularité de l'EG est aussi qu'il peut être considéré comme un examen de « routine », puisque les femmes sont incitées à consulter régulièrement, dès la puberté et tout au long de leur vie. Deuxièmement, il me semble que questionner la non prise en compte des hommes peut relever d'une tendance à vouloir invisibiliser certains enjeux spécifiques d'un groupe dominé, dans notre contexte les femmes, au regard d'un groupe dominant, les hommes.

1. La construction d'un parcours, le choix d'un objet

Au regard du développement d'une posture de recherche féministe en psychologie sociale, cette section vise à présenter quelques éléments ayant contribué au choix et à la construction de l'objet de recherche : l'examen gynécologique (EG), dont le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU), dans une approche psychosociale féministe.

Comme beaucoup d'entre nous, mon expérience du monde est marquée par

divers vécus de violences sexistes et sexuelles, des plus ordinaires au plus exceptionnelles (Kelly, 1987). Dans une forme de dissonance affective (Hemmings, 2012), mon engagement féministe s'est notamment construit sur la base d'une nécessité, d'une volonté de survie, de penser le monde autrement que par les cadres dans lesquels je baignais jusqu'alors. Cette « autre » façon de penser le monde s'est traduit également par ma trajectoire sociale en tant que jeune chercheuse, puisque passant des neurosciences cognitives à la psychologie sociale, reflétant une évolution des considérations ontologiques et épistémologiques. C'est plus particulièrement la découverte du regard psychosocial (Moscovici, 2008) et de l'approche des représentations sociales (Moscovici, 1961) en troisième année de licence qui a constitué un tournant décisif dans mon orientation. En fournissant un cadre d'analyse des phénomènes sociaux dans leur pluralité et leur diversité, le caractère paradigmatique de l'approche socio-représentationnelle m'offrait une façon d'étancher et d'alimenter mon désir et ma volonté de comprendre le fonctionnement humain et la logique interne des phénomènes sociaux. Par ailleurs, si ma trajectoire en tant que chercheuse a débuté dans un milieu académique où sciences et politiques ne pouvaient co-exister, la découverte de certains travaux du champ disciplinaire de la psychologie sociale est venue rendre dicible l'idée de concilier engagement politique et activité de recherche. En cela, si mon engagement féministe s'est initialement développé de façon distanciée au milieu universitaire, ce travail de thèse a été l'occasion d'articuler féminisme et recherche en psychologie sociale.

C'est dans ce parcours en construction que le choix de l'objet de recherche s'est effectué. Lors de ma deuxième année de master en psychologie sociale de la santé, en 2018, je prends connaissance du phénomène de « violences obstétricales et gynécologiques » et des mobilisations féministes qui l'accompagnent, par la page Facebook « PayeTonGynéco »[2] et la publication du rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE, 2018) concernant un ensemble d'actes qualifiés de sexiste durant le suivi gynécologique et obstétrical. Sentiment d'indignation face à l'ampleur des témoignages sur les réseaux sociaux, les

[2] Crée en janvier 2018 avec l'hashtag du même nom, cette page Facebook avait pour objet de visibiliser des témoignages de femmes relatant de violences et maltraitances durant leur suivi gynécologique et obstétrical.

expériences qui y sont relatées éveillèrent une « curiosité féministe » (Enloe, 2004) m'amenant à l'élaboration de mon projet de doctorat en psychologie sociale. Pratique professionnelle de routine pour les praticien·ne·s, expérience intime signifiante pour les femmes[3], cette discordance apparente quant aux expériences et points de vue sur l'EG a orienté mon intérêt scientifique vers ce dernier. C'est par la suite la recherche d'une subvention doctorale qui a façonné mon projet de doctorat et l'a orienté vers le CCU et son dépistage. Un deuxième sentiment d'indignation a émergé face aux inégalités sociales de santé vis-à-vis de ce cancer considéré comme éliminable par l'OMS, mais aussi face à l'ignorance de la dimension expérientielle comme frein de recours au dépistage pour les femmes.

Ainsi, c'est au croisement de mon engagement féministe et de mon orientation disciplinaire en psychologie sociale de la santé (Morin & Apostolidis, 2002), mettant l'accent sur la pluridisciplinarité, l'importance de la contextualisation des phénomènes étudiés et le caractère opérationnel de la recherche avec une visée théorique et pratique, que ce projet de recherche de doctorat s'est initialement développé.

2. Plan du manuscrit

Le présent manuscrit s'articule autour de huit chapitres. Le premier chapitre visera à dessiner les contours de l'objet de recherche, l'EG, dont le dépistage du CCU en s'appuyant sur la littérature issue des sciences sociales, de la santé publique et de l'épidémiologie. L'objectif sera notamment d'annoncer quelques perspectives psychosociales que pose la présentation de l'objet de recherche et qui constitueront des enjeux d'intérêts pour la problématisation dans une approche psychosociale et féministe.

L'objet du chapitre 2 sera d'étudier plus spécifiquement l'EG, dont le dépistage du CCU, du point de vue des femmes et des professionnel·le·s de la gynécologie à travers une revue systématique de la littérature.

Le chapitre 3 consistera en une présentation des considérations

[3] Le choix a été fait d'employé le féminin de généralité (i.e., « les femmes » ou « les patientes ») au regard des objectifs de ce travail de thèse et aussi des résultats. Cependant, la gynécologie, l'EG et le dépistage du CCU ne s'adressent pas uniquement aux femmes cisgenres, mais concernent également les personnes trans, intersexuées et non binaires.

épistémologiques et théoriques qui ont guidé ce travail de thèse. Après une première section sur l'approche féministe nous verrons l'approche de la psychologie sociale, par le regard spécifique qu'elle permet de poser sur l'EG et les apports de la théorie des représentations sociales. Enfin, ces considérations épistémologiques et théoriques étant exposées, la problématisation de l'EG et du dépistage du CCU dans une approche psychosociale sera présentée ainsi que les objectifs de recherche qui en découlent.

Le chapitre 4 visera à rendre compte de la stratégie méthodologique globale de recherche et les fondements épistémologiques et théoriques qui ont orientés celle-ci. Après une présentation de l'approche pluri-méthodologique inspirée d'une stratégie de triangulation, nous nous arrêterons brièvement sur la démarche qualitative dans lequel s'inscrit ce travail. Une section suivante visera à illustrer la réflexivité au regard d'une perspective féministe de recherche. Nous terminerons en exposant l'opérationnalisation du programme de recherche.

Les chapitres 5, 6 et 7 correspondront aux contributions empiriques de ce travail de thèse. Plus spécifiquement le chapitre 5 exposera une étude sur les expériences et systèmes de représentations liés à l'EG par une enquête à partir des médias digitaux. Pour le chapitre 6, il sera question d'une étude sur les interactions soignant·e-soignée, les savoirs mobilisés, et les pratiques liées à l'EG et au dépistage du CCU en milieu réel par une enquête par observations directes de consultations gynécologiques. Enfin, pour le chapitre 7, il s'agira de s'intéresser aux expériences et pratiques liées à l'EG ainsi que leurs mises en sens pour des professionnel·le·s de la gynécologie et des femmes par une enquête par entretiens semi-directifs.

Un dernier et huitième chapitre visera à présenter une synthèse et une mise en perspective des résultats des différentes opérations de recherche de ce travail de thèse. Quelques limites seront ensuite pointées avant de présenter certaines contributions théoriques et méthodologiques de ce travail. Enfin, quelques perspectives de recherche et d'application seront exposées.

Chapitre 1. Examen gynécologique et dépistage du cancer du col de l'utérus : les contours d'un objet et perspectives psychosociales

Ce chapitre vise à dessiner les contours de l'objet de recherche, l'examen gynécologique (EG), dont le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) en s'appuyant sur la littérature issue des sciences sociales, de la santé publique et de l'épidémiologie. L'objectif est notamment d'annoncer quelques perspectives psychosociales que pose la présentation de l'objet de recherche et qui constitueront des enjeux d'intérêts pour la problématisation dans une approche psychosociale et féministe. Une revue systématique de la littérature portant sur l'EG du point de vue des femmes et des professionnel·le·s est présentée au chapitre suivant.

Afin de comprendre les des enjeux psychosociaux liés à l'EG, il nous faut souligner certaines dimensions périphériques à l'examen en lui-même, puisque celui-ci s'inscrit plus largement dans le champ de la gynécologie. En effet, s'intéresser aux systèmes de représentations relatifs à l'objet « examen gynécologique » implique plus largement de rendre compte de sa trajectoire et de situer et ancrer les savoirs et pratiques en gynécologie de notre société contemporaine. Des détours réguliers par une approche socio-historique s'imposeront donc puisque

> en tant qu'approche psychosociale de l'étude des régularités de la vie sociale, la théorie des représentations sociales ne peut se passer d'une perspective historique. Les significations des objets sociaux qui existent aujourd'hui dans un groupe ont également été façonnées par des événements du passé[4] (Wagner et al., 1999, p. 100).

Par ailleurs, s'inscrivant dans une perspective féministe matérialiste au prisme d'une analyse en termes de rapports sociaux de domination et d'oppression, l'impératif

[4] Ma traduction : « *Being a social psychological approach to studying the regularities of social life, social representation theory cannot do without a historical perspective. The meanings of social objects which exist in a group today were also shaped by events in the past.* »

d'historicité se pose également pour rendre de compte du caractère dynamique de ces rapports (Devreux, 2001; Kergoat, 2009).

Après quelques éléments de cadrage quant à l'EG, le CCU et son dépistage seront présentés dans une approche de santé publique. Nous nous arrêterons ensuite sur les pratiques de recours à l'EG et la consultation gynécologique du côté des femmes. Puis notre intérêt se déplacera sur les professionnel·le·s pratiquant l'EG et le dépistage du CCU. Nous verrons que le champ de la gynécologie constitue un domaine médical actuellement en tension, au regard des violences gynécologiques. La section suivante visera alors à apporter des éléments plus globaux sur la médecine, la gynécologie, et les femmes, et notamment comment cette discipline médicale et scientifique s'est constituée et quelques effets de la médicalisation du corps des femmes. Nous terminerons sur des remarques conclusives sur la production sociale de l'ignorance liée à l'EG.

1.1 L'examen gynécologique : éléments de cadrage

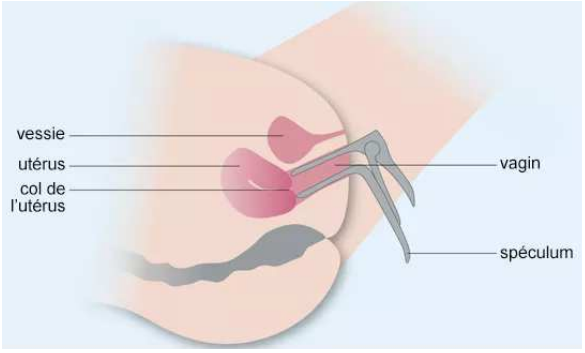
La gynécologie comme discipline médicale et scientifique se subdivise en deux spécialités que sont la gynécologie médicale et la gynécologie-obstétrique. L'EG, en tant que pratique médicale privilégiée pour accéder et examiner les parties génitales des femmes, est une pratique transversale à ces branches. Bien que l'EG, dont le dépistage du CCU, peuvent être réalisés lors de différents types de prises en charge médicale (*e.g.*, suivi obstétrical), le choix a été fait de nous focaliser principalement, mais non exclusivement, sur la gynécologie médicale, c'est-à-dire l'EG dans le cadre de suivi gynécologique « classique », de « routine », et non pas lors du suivi obstétrical ou dans le cadre d'urgence gynécologiques ou de problèmes gynécologiques graves (*e.g.*, CCU).

Au-delà de questions de faisabilité, le choix de circonscrire l'EG dans le cadre du suivi gynécologique était motivé par les questionnements de recherche *a priori*, à savoir ce décalage entre expérience privée, « intime » et banalité, et par l'objet en lui-même, puisque ce suivi est une entrée privilégiée, mais non exclusive, pour la réalisation du dépistage du CCU (Santé publique France, 2022). Mais aussi, et nous le verrons, car certains enjeux de l'EG sur lequel nous portons notre intérêt se trouvent particulièrement saillants dans ce contexte de prise en charge.

L'EG, et plus précisément l'examen pelvien, consiste à l'examen externe et interne des parties génitales féminines. Il recouvre différents examens comme l'observation externe des parties génitales, l'examen au spéculum[5] (voir **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) et le toucher vaginal (ou examen bi-manuel)[6] avec ou sans palpation abdominale. Il peut parfois comprendre une échographie endovaginale[7] et dans certains cas, un toucher rectal[8]. Un EG complet inclut également l'examen des seins par palpation, examen sur lequel nous porterons peu notre attention dans le cadre de cette thèse.

Figure 1

Position du spéculum dans le vagin (source : Ameli)



La réalisation de l'examen nécessite aux patientes de se dénuder, entièrement ou partiellement et de se mettre en position gynécologique, soit de s'installer dans la chaise gynécologique avec les pieds dans les étriers, les jambes écartées, et exposer leurs parties génitales au/à la praticien·ne qui réalise l'examen (voir Figure 2). Cet examen est majoritairement réalisé dans le cadre d'une consultation gynécologique, consultation qui se compose d'un interrogatoire et d'un examen clinique (*e.g.*, prise de tension), qui inclut fréquemment un EG.

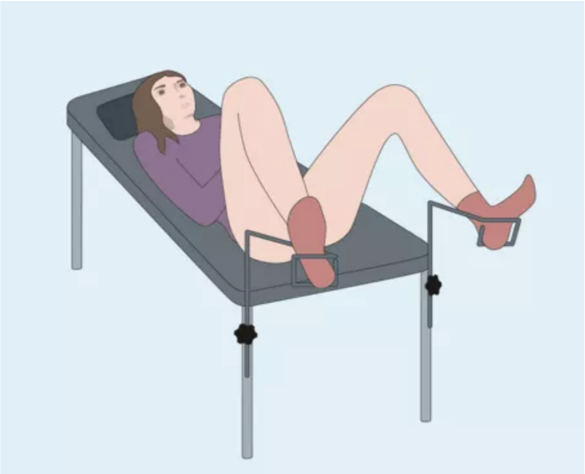
[5] L'examen au spéculum consiste à l'insertion du spéculum dans le vagin. Cet instrument vise à écarter les parois vaginales pour avoir accès au col de l'utérus. Il permet d'observer le col et de réaliser des prélèvements de cellules (i.e., frottis), comme pour le dépistage du CCU.

[6] Le toucher vaginal vise à examiner l'état général des organes génitaux (*e.g.*, taille et positionnement de l'utérus, muscles du périnée). Il consiste en l'introduction dans le vagin de deux doigts, l'index et le majeur, munis d'un doigtier à usage unique. Il s'accompagne généralement d'une palpation abdominale réalisé avec l'autre main, visant par exemple la détection de douleur.

[7] L'échographie endovaginale est une technique d'imagerie médicale qui consiste à explorer l'utérus et les ovaires par l'intermédiaire d'une sonde échographique placée dans le vagin.

[8] Plus rarement réalisé en gynécologie, le toucher rectal consiste à l'insertion d'un doigt dans le rectum. Il permet d'examiner la paroi du vagin et de vérifier qu'il n'y ait pas de masse ou d'épaisseur.

Figure 2
La position gynécologique (source : Ameli)



1.2 Le cancer du col de l'utérus et son dépistage

1.2.1 Un enjeu de santé publique au prisme d'un gradient social

Le CCU est causé par une infection par un virus sexuellement transmissible, le papillomavirus humain, dit HPV, et en particulier les souches dites « à haut risque » (HPV-HR) dans presque 100% des cas. La transmission se fait par contact des muqueuses ou de la peau, presque exclusivement lors de rapports sexuels quels qu'ils soient. Du fait de son évolution lente, de l'existence de nombreuses lésions précancéreuses spontanément régressives ou curables, de tests de dépistage, ainsi que de stratégies de traitements disponibles, le CCU est un candidat idéal au dépistage (HAS, 2010). À cet égard, ce cancer est considéré comme évitable voire totalement éliminable selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), grâce à deux interventions complémentaires ayant prouvé leur efficacité : la vaccination contre les HPV en prévention primaire, et le dépistage en prévention secondaire.

Au niveau mondial, le CCU est le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes, avec de fortes disparités selon notamment le contexte socio-économique du pays considéré (Bray et al., 2018). Pour l'OMS, le CCU est ainsi une priorité de santé publique mondiale. En France métropolitaine en 2018, le nombre de nouveaux diagnostics de CCU est estimé à 2920, avec 1 117 décès (Hamers et al., 2019). Il est un des seuls cancers en France qui présente une dégradation du pronostic de survie à 5 ans (Plan cancer 2014-2019, 2014). Des disparités territoriales sont relevées, avec

une sur-incidence dépassant les 10% par rapport à la moyenne nationale sur le pourtour méditerranéen, dont notamment une sur-incidence dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) (Hamers et al., 2019). Par ailleurs, un gradient social est constaté : les femmes situées en bas de la hiérarchie sociale sont celles les plus vulnérables quant à l'incidence du CCU en comparaison à celles situées en haut (Bryere et al., 2017).

Alors que le dépistage du CCU permettrait de réduire drastiquement l'incidence des cancers du col utérin, le taux de couverture du dépistage reste insuffisant. Autrement dit, les femmes n'ont pas un recours suffisant et régulier au dépistage du CCU[9]. C'est pourquoi il représente un enjeu de santé publique majeur. En cela, le Plan Cancer 2014-2019 (2014) se posait comme objectif de réduire l'incidence du CCU et de lutter contre les inégalités associées par la mise en place d'un programme national de dépistage organisé (Action 1.1) afin d'augmenter l'accès au dépistage, et renforcer l'accès à la vaccination contre le HPV (Action 1.2).

1.2.2 Les modalités du dépistage en France

Le dépistage du CCU s'adresse à toutes les femmes ou personnes ayant un utérus, asymptomatiques, de 25 à 65 ans, vaccinées ou non contre le HPV, et ayant déjà eu des rapports sexuels quels qu'ils soient.

En termes pratiques, les femmes peuvent s'adresser à des professionnel·le·s de santé formé·e·s à la pratique de l'EG et du dépistage, à savoir, les gynécologues, les médecins généralistes, s'ils/elles le pratiquent, et les sage-femmes. Le rendez-vous peut se faire en cabinet libéral, en centre de santé, en centre mutualiste, en Centre de Planification et d'Éducation Familial (CPEF), à l'hôpital, et dans certains laboratoires de biologie médicale. Quant à la prise en charge, elle dépend des conditions habituelles de la caisse d'assurance maladie et de la complémentaire santé (i.e. prise en charge à 70% par l'Assurance Maladie). Pour les patientes bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ou de l'Aide Médical d'État (AME), le test de dépistage et la consultation sont pris en charge à 100% sans avance de frais et sans dépassement d'honoraire. Dans le cas du dépistage organisé après lettre

[9] Les pratiques de recours au dépistage du CCU sont abordées dans une section suivante : 1.3.2 Les pratiques de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus

d'invitation, le test de dépistage est pris en charge à 100% sans avance de frais.

Concernant la fréquence recommandée de recours au dépistage, leurs modalités ont fait l'objet d'une évolution récente des recommandations par la Haute Autorité de Santé en 2019[10], en fonction de l'âge des femmes (HAS, 2019):

- De 25 à 29 ans : le test de dépistage se fait par examen cytologique sur un rythme triennal, après deux premiers tests négatifs réalisés à un an d'intervalle.
- De 30 à 65 ans : l'examen cytologique est remplacé par le test HPV-HR[11]. Il est à réaliser tous les 5 ans, tant que les résultats sont négatifs.

Il est à noter que le dépistage du CCU est l'un des dépistages les plus efficients (Hamers et al., 2019), notamment en comparaison au dépistage du cancer du sein[12]

Dans le cas où le test de dépistage est anormal (4% des cas), cela ne signifie pas systématiquement qu'il soit question d'un cancer. Des examens complémentaires sont alors nécessaires, comme une colposcopie. À titre d'exemple, une femme peut être positive au HPV, sans pour autant avoir dans sa vie un CCU.

Concernant le mode d'organisation du dépistage du CCU en France, il repose premièrement sur le dépistage individuel ou spontané. Il est question de la prescription du dépistage dans une relation inter-individuelle entre professionnel·le et patiente, que celui-ci soit le motif de consultation ou non. Les professionnel·le·s assurant le suivi gynécologique (gynécologues, médecins généralistes, sage-femmes) représentent le principal mode d'entrée dans le dépistage (Santé Publique France, 2022).

Deuxièmement, il s'ajoute depuis 2018 la mise en place et la généralisation d'un Programme National de Dépistage National Organisé (PNDO) sous la responsabilité des Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) avec l'appui de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Son objectif est d'atteindre 80% de

[10] Avant 2019, il était recommandé un dépistage par frottis cervico-utérin sur un rythme triennal après deux frottis normaux réalisés à un an d'intervalle, chez des femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans ayant ou ayant eu une activité sexuelle, qu'elles soient vaccinées ou non contre le HPV.

[11] L'examen cytologique s'intéresse à la morphologie des cellules et permet de détecter la présence de cellules anormales du col de l'utérus. Le test HPV-PR recherche la présence de l'ADN du virus HPV à haut risque chez les femmes.

[12] Le dépistage du cancer du sein fait l'objet de controverse scientifique au regard de la balance bénéfices-risques de la mammographie de dépistage systématique, entrainant notamment des surdiagnostics, et par là des surtraitement ayant un impact important sur la vie des femmes concernées (Campergue, 2011; Gøtzsche, 2012)

taux de couverture pour réduire l'incidence et le nombre de décès de 30% sous dix ans. Il est également question de réduire les inégalités d'accès à ce dépistage en le rendant plus facilement accessible aux populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé. Concrètement, le PNDO repose, entre autres, sur un système d'invitations et de relance des femmes n'ayant pas participé spontanément au dépistage. Ces courriers d'invitation et de relance jouent sur des freins liés au manque d'informations et de connaissances des femmes quant aux CCU et son dépistage (*e.g.*, fréquence du dépistage) et des freins pratiques, comme l'accessibilité et le coût du test.

Intégré dans l'EG, le dépistage du CCU se réalise par prélèvement cervico-utérin (i.e., prélèvement de cellules au niveau du col de l'utérus), ou plus communément appelé « frottis ». Pour se faire, la patiente est en position gynécologique. Le/la praticien·ne procède à l'insertion du spéculum pour maintenir le vagin ouvert et accéder au col utérin. Il/elle insère ensuite un écouvillon entre les parois du spéculum pour frotter au niveau du col de l'utérus afin d'y prélever des cellules. Le prélèvement est conservé dans un tube prévu à cet effet avant d'être transmis en laboratoire d'analyses médicales. Le/la praticien·ne referme le spéculum puis le retire. Si l'on se réfère aux communications de prévention faites par les institutions à destination des femmes, celui-ci est présenté comme rapide et « non douloureux, même si une gêne peut être ressentie » (voir Annexe 1).

1.3 Du côté des femmes : quelles pratiques de recours ?

En France, les femmes sont incitées à consulter régulièrement un·e professionnel·le de santé pour veiller à leur santé gynécologique. Les motifs de consultations peuvent être divers : contraception, dépistages des cancers gynécologiques, problèmes gynécologiques, désir de grossesse, *etc.* La fréquence de recours à la consultation, impliquant ou non un EG, paraît faire l'objet d'un consensus sur l'intérêt d'un suivi annuel. C'est notamment l'information que nous pouvons constater sur différents sites internet, par exemple portant sur la santé des femmes ou pour des sites mutualistes (voir Annexe 2). Si l'on souhaite se référer à des recommandations officielles, l'information quant à la fréquence de consultation gynécologique hors obstétrique se révèle, à ma connaissance, difficilement

accessible[13].

1.3.1 Les pratiques de recours à l'examen et à la consultation gynécologique

Concernant les pratiques de recours à la consultation gynécologique, il n'existe à ma connaissance aucun rapport statistique de grande envergure sur les pratiques de recours des femmes à la consultation gynécologiques que ce soient les fréquences de recours, les motifs, le type de professionnel·le·s consulté·e·s et/ou les lieux de consultation. Des enquêtes et études peuvent tout de même apporter quelques éléments.

1.3.1.1 Les fréquences de recours ?

D'après l'enquête quantitative Fécond 2010 (Bajos & Moreau, 2011)[14], 90% des femmes interrogées reportent avoir un·e « gynécologue habituel·le » ou un·e médecin, généraliste ou spécialiste, qui les « suit habituellement pour la contraception ou d'autres raisons gynécologiques ». Parmi celles-ci, 79% ont consulté dans une période inférieure à un an et 21% un an ou plus. Le baromètre santé sur la santé des jeunes réalisé par l'INPES en 2010 reporte que plus d'une femme sur deux, âgées de 15 à 30 ans, déclarent avoir consulté un·e gynécologue dans l'année (Beck & Richard, 2013). À partir des quelques études disponibles, des recommandations de santé publique et des pratiques contraceptives, le Haut Conseil à l'Égalité estime qu'une femme aura en moyenne 50 consultations gynécologiques et obstétricales au cours de sa vie (HCE, 2018).

1.3.1.2 Quel·le·s professionnel·le·s ?

Il n'est à ma connaissance peu ou pas de données sur le choix des professionnel·le·s pour le recours aux soins gynécologiques. Il en reste que ce choix dépend directement de l'offre de soin et de la démographie médicale, dont certains éléments seront plus amplement évoqués dans une section suivante (voir 1.4 Du côté des professionnel·le·s de la gynécologie).

---

[13] Dans une brochure portant sur le premier EG de l'INCa, il est mentionné un « suivi régulier ».

[14] L'Enquête Fecond (FÉcondité-CONtraception-Dysfonctions sexuelles), dirigée par Nathalie Bajos et Caroline Moreau (2011) visait à étudier les enjeux contemporains en santé reproductive et sexuelle en France. Une partie du questionnaire était consacrée au « suivi médical et services de santé », dont le suivi gynécologique. 5272 femmes ont notamment été interrogées entre juin 2010 et janvier 2011.

Nous noterons que les gynécologues médicaux·ales semblent être les interlocuteur·rice·s privilégié·e·s selon le rapport du HCE (2018). Une évolution des pratiques liées aux choix des professionnel·le·s est à envisager du fait de la raréfaction des gynécologues médicaux·ales, de l'augmentation du coûts des consultations, et de l'élargissement des compétences pour les sage-femmes et les médecins généralistes en matière de gynécologie et obstétrique. Cette évolution de l'offre de soin questionne donc sur les pratiques de recours des femmes, et aussi sur les représentations que celles-ci peuvent avoir des différents corps professionnel·le·s et de leurs pratiques.

1.3.1.3 Le suivi et les motifs de recours à la consultation gynécologique ?

Par une enquête socio-anthropologique en région parisienne croisant observations de consultation gynécologiques, entretiens et questionnaires, les travaux de thèse de la sociologue Laurence Guyard (2008) mettent en avant trois modalités de suivi: le suivi régulier et préventif (64%), dont le motif de consultation le plus fréquemment retrouvé est la contraception ; le suivi ponctuel en cas de problèmes gynécologiques (24% ; *e.g.*, grossesse soupçonnée, infections vaginales, douleurs pelviennes) et dans une moindre mesure, le suivi obstétrical (12.3% ; consultations post-natales et suivi de grossesse). Plus récemment, les travaux de thèse de la sociologue Aurore Koechlin (2022) informent notamment sur l'entrée dans la « carrière gynécologique »[15], soit la façon dont s'initie et se construit le suivi gynécologique. De façon majoritaire, l'entrée en gynécologie est marquée par le début de l'activité sexuelle, notamment hétérosexuelle et pénétrative, et dans son prolongement par la contraception, reflétant par la sorte une intériorisation de la norme contraceptive qui conditionne donc le suivi gynécologique. De façon minoritaire, deux autres modalités sont retrouvées : l'entrée par les pathologies, et l'entrée par la norme préventive, tels les dépistages des cancers et des infections sexuellement transmissibles (IST). Enfin, un « contre-modèle » émerge de l'analyse de Koechlin : l'entrée par la grossesse. Pour cette dernière, c'est davantage la norme obstétricale qui conditionne le suivi

[15] En sociologie de la santé, l'utilisation de la notion de carrière est employée pour montrer que les patient·e·s « n'étaient pas des êtres passif·ve·s, réceptacles des soins, mais qu'elles et ils effectuaient, même au sein de la maladie, tout un ensemble d'actions pouvant s'apparenter à un travail. D'autre part, le terme de "carrière" souligne que le statut de patient·e possède une dimension temporelle dont il faut tenir compte » (Koechlin, 2022b, p. 39).

gynécologique, soit la nécessité d'une médicalisation de la grossesse. L'entrée par la grossesse sous-tendrait alors une moindre socialisation au modèle gynécologique français, ce qui peut, entre autres, être le cas pour les femmes en situation d'immigration. Enfin, les travaux de Koechlin attestent que le maintien de cette carrière gynécologique par la mise en place d'un suivi régulier n'est pas un phénomène linéaire ni semblable d'une femme à une autre. Pour autant, une fois initiée, les sorties durables et/ou définitives de cette carrière semblent en somme assez rares, la mise en place du suivi étant alors le fruit d'un travail actif des professionnel·le·s de la gynécologie.

Bien que disparates, l'ensemble des données évoqués sur les pratiques des femmes de recours à l'EG et la consultation gynécologique nous permettent d'emblée d'avancer que : contraception, grossesse, dépistage régulier du CCU, mammographie de contrôle, *etc.*, la consultation gynécologique vient rythmer la vie des femmes. Par ailleurs, la contraception semble être un motif d'entrée et de maintien privilégiée dans le parcours gynécologique. À cet égard, le baromètre santé de 2016 informe que la pilule contraceptive représente le moyen de contraception privilégiée aujourd'hui par près de 4 femmes sur 10 (Rahib et al., 2017), pilule qui en France nécessite une renouvellement d'ordonnance régulier (tous les six mois à un an en moyenne), ce qui en fait un motif important des consultations gynécologiques.

Vis-à-vis de l'incidence et de la mortalité par CCU au prisme du gradient social, un questionnement demeure alors : qu'en est-il des pratiques de recours selon la place des femmes dans la hiérarchie sociale ? S'il existe peu de données de grande envergure sur le recours à la consultation gynécologique et à l'EG, les données épidémiologiques existantes sur le recours au dépistage du CCU peuvent être éclairantes.

1.3.2 Les pratiques de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus

Alors que le dépistage du CCU permettrait de réduire drastiquement l'incidence des cancers du col utérin, le taux de couverture du dépistage reste insuffisant. Autrement dit, les femmes n'ont pas un recours suffisant et régulier au dépistage du CCU. Arrêtons-nous donc maintenant sur les pratiques de recours au dépistage du

CCU.

Sur la période 2017-2019, il est considéré que 56.6% des femmes étaient à jour sur le dépistage. Depuis la mise en place du PNDO, le taux de couverture 2020-2022 présente une légère mais significative augmentation, atteignant 59.5% (Santé publique France, 2024). Il en reste que ce taux est inférieur d'un peu plus de 10 points au seuil européen acceptable de 70%. Les pratiques de recours au dépistage du CCU restent ainsi insuffisantes en France.

De fortes inégalités sociales et territoriales sont soulevées. Certaines populations sont plus vulnérables quant à la participation au dépistage, telles les femmes en situation de précarité (INCa, 2015). De façon similaire au taux d'incidence, les pratiques de recours au dépistage suivent alors un gradient social, entre sur-dépistage pour les femmes au plus haut de la hiérarchie sociale[16], et sous-dépistage pour celles situées au plus bas. D'après le Baromètre cancer 2021 (INCa & Santé publique France, 2023) le niveau socio-économique est étroitement lié à a la participation au dépistage du CCU, puisque les femmes ayant le revenu le plus faible (inférieur à 1100 euros par mois) déclarent moins participer au dépistage du CCU. Par ailleurs, si une tendance à la hausse est constatée sur l'ensemble des régions, il en est trois qui présentent une légère diminution du taux de couverture de dépistage, telle la région PACA.

Au niveau local à Marseille, ville marquée par de fortes disparités socio-économiques, le projet ARCADES débutant en 2001 a mis en place des campagnes expérimentales de dépistage visant à augmenter le taux de recours au dépistage du CCU pour les populations les plus défavorisées. Néanmoins, l'organisation du dépistage par envoi de lettres d'invitation, de relances ou de réunions d'informations n'augmentait que très peu le taux de participation pour les femmes en situation de précarité (Piana et al., 2007).

[16] Le sur-dépistage questionne les pratiques des prescripteurs même des dépistages. À partir des données de la cohorte Conctances, la thèse de médecine de Sassenou (2018) portant sur le sur-dépistage du CCU montre que ce sur-dépistage concerne environ 30% des femmes. Il est majoritairement le fait de gynécologues médicaux·ales exerçant en libéral et touche davantage les femmes plus en haut de la hiérarchie sociale.

1.3.3 L'expérience comme frein de recours au dépistage

Parmi les freins au recours au dépistage des patientes, la HAS (2010) reporte que les expériences passées de prévention ou avec l'examen en lui-même sont déterminantes. La peur de se faire dépister à la suite d'une expérience négative antérieure de dépistage, la perception de l'examen comme intrusif, embarrassant, angoissant voire douloureux, ou encore la confrontation aux tabous liés à la sexualité dans le cadre de l'espace médical sont relevées. Dans une enquête auprès de femmes en situation de précarité à Marseille, Wacogne (2002, cité par Piana et al., 2007) relève parmi les motifs suivants comme ceux les plus fréquemment reportés par les femmes pour la non-participation : le manque de connaissance (col de l'utérus, cancer du col, dépistage), le rapport à la prévention (i.e., consulter en cas de symptôme majeur), la barrière de la langue (illettrisme, incapacité à lire le français) ; mais aussi : la peur du dépistage et de l'EG, le refus d'être examinée par un homme, et des antécédents de mauvaises expériences de l'EG.

Au niveau international, des revues systématiques de littérature portant sur le dépistage du CCU dans les pays du Nord pointent dans le même sens que : l'examen est considéré comme une expérience physiquement et émotionnellement signifiante pour les femmes (Bukowska-Durawa & Luszczynska, 2014; Chorley et al., 2017). Des sentiments de gêne et de honte sont souvent décrits, notamment face à la nudité et la connotation sexuelle de l'examen. En outre, la qualité de la relation et de la communication avec les praticien·ne·s est considérée comme primordiale. La réduction des aspects émotionnels de la part des professionnel·le·s et le manque de communication seraient largement désapprouvés. En ce qui concerne les acteur·rice·s clés du dépistage organisés en France, il est également estimé qu'une perception négative de l'examen de la part des femmes peut être un motif de non-participation. Des facteurs culturels sont pointés comme des dimensions religieuses ou les relations hommes-femmes (INCa, 2015).

Ainsi, l'expérience de l'EG semble être une situation signifiante pour les femmes, dans laquelle il s'actualise des enjeux à la fois émotionnels, relationnels et socio-symboliques (*i.e.,* connotation sexuelle de l'EG, tabou de la sexualité, norme sociale vis-à-vis de la nudité). Par ailleurs, une seule expérience négative de cet examen paraît suffisante à mener les femmes à ne plus recourir au dépistage du CCU.

L'expérience de l'EG et du dépistage apparaît comme une barrière manifeste au recours au dépistage et mériterait pour cela d'être approfondie.

1.4 Du côté des professionnel·le·s de la gynécologie

Puisque l'objet de recherche est l'EG, dont le dépistage du CCU, notre intérêt se porte envers tous·tes les praticien·ne·s pratiquant l'EG et le dépistage du CCU, soit un ensemble de différentes professions que nous nommerons professionnel·le·s de la gynécologie. Sans viser l'exhaustivité, il paraît essentiel de présenter quelques aspects socio-historiques et éléments de démographies actuels quant aux différentes spécialisations d'une part, et certains enjeux autour de la féminisation des professionnel·le·s de la gynécologie d'autre part. Puis, il est question de présenter les modalités de prescription d'EG.

1.4.1 Une pratique transversale à différents corps professionnels

L'EG est une pratique transversale à différents corps professionnels. Il peut être réalisé par plusieurs professions médicales que sont : les gynécologues médicaux·ales, les gynécologues-obstétricien·ne·s, les médecins généralistes, et les sage-femmes. Il est ainsi différentes spécialisations professionnelles envers qui les patientes peuvent se tourner pour leur suivi gynécologique. Au regard de la complexité des processus socio-historiques de la spécialisation médicale (Pinell, 2005; Weisz, 2006)[17], l'objet de cette section est de dessiner de façon concise quelques enjeux et missions propres à chaque corps professionnel.

1.4.1.1 La gynécologie médicale : une spécificité française

La gynécologie comme discipline médicale et scientifique se subdivise en deux spécialités que sont la gynécologie médicale et la gynécologie-obstétrique. Les

[17] En sociologie de la médecine, la spécialisation médicale renvoie à : « un processus de division du champ médical en sous-ensembles de pratiques susceptibles au départ de revêtir des formes variées et aboutissant ou non à la constitution d'une spécialité instituée et reconnue comme légitime par les institutions dominant le champ. (...) Les facteurs qui déterminent l'émergence d'un sous-espace spécialisé ou qui interviennent sur son développement pour en modifier le cours peuvent être de tous ordres (scientifiques, techniques, économiques, politiques, etc..) et différents selon les sous-espaces. (...) Le processus de division en sous-espaces spécialisés est en partie déterminé par l'état existant des connaissances, des techniques, des institutions et de la structure des rapports de position des agents au sein du champ médical. » (Pinell, 2005, p. 7).

gynécologues médicaux·ales sont considéré·e·s comme des médecins spécialisé·e·s dans les soins des femmes et de leur suivi tout au long de la vie. Ils/elles sont majoritairement basé·e·s en cabinet libéral. Leurs missions principales renvoient aux conseils et à la prescription de contraception et des interruptions volontaires de grossesse (IVG), à la prévention, avec les dépistages des cancers gynécologiques ou des IST, aux traitements de troubles hormonaux, ou encore à la fertilité. Si les gynécologues-obstétricien·ne·s peuvent également assurer les missions des gynécologues médicaux·ales, leurs missions s'inscrivent davantage dans le suivi des grossesses physiologiques et pathologiques et dans la pratique de l'accouchement. Ces dernier·ère·s relèvent d'une pratique médico-chirurgicale et peuvent se spécialiser en chirurgie. Ils/elles exercent principalement à l'hôpital ou en clinique, avec la possibilité d'exercer aussi en cabinet libéral. Un dédoublement de la spécialité est donc constaté, avec une possibilité de pratiquer à la fois en gynécologie médicale et gynécologie-obstétrique seulement pour une spécialisation.

Ce dédoublement de la gynécologie et l'existence de la gynécologie médicale représente une exception française qui confère aux gynécologues médicaux·ales une place particulière dans la société française (Weisz, 2006). D'un point de vue socio-historique, la gynécologie médicale occupe une position ambiguë dans le champ médical. La naissance de la spécialité en 1930 s'effectue à l'initiative de gynécologues-chirurgiens avec la création d'une Société Française de Gynécologie, promouvant une discipline qui traite des pathologies gynécologiques et plaçant le gynécologue comme « garant de la reproductivité » (Koechlin, 2022b, p.18). Si une première institutionnalisation de la gynécologie médicale est constatée, elle n'a pour autant que peu de reconnaissance par les autres spécialités. À la fin de la seconde guerre mondiale avec la régulation tardive des spécialités en France (Weisz, 2006), la gynécologie médicale est considérée comme une compétence autonome plutôt qu'une spécialité, telle l'obstétrique. En 1955, un Certificat d'Études Spécialisé (CES) de gynécologie médicale est notamment instauré. C'est à cette même période que la gynécologie médicale et le mouvement des femmes se rencontrent lors des combats pour la légalisation de la contraception orale puis de l'avortement (Garcia, 2005). Au sein du Mouvement Français pour le Planning Familial, il est par exemple créé un collège médical composé principalement de gynécologues médicaux qui vise, entre

autres, la formation de la profession à la contraception. Les gynécologues médicaux se voient ainsi acquérir un nouveau champ de compétences relatif à la contraception, notamment au moment du vote de la Loi Neuwirth en 1967. Cette association de la contraception à la gynécologie médicale marque alors le passage d'une consultation auparavant pensé sur la pathologie à un modèle de consultation basé sur la prévention, que ce soient des grossesses avec la contraception et l'avortement, mais aussi des cancers avec le dépistage du CCU. Cette période représente ainsi pour Koechlin le temps de « l'émergence de ce [qu'elle] appelle la "norme gynécologique", qui implique que toutes les femmes consultent une gynécologue régulièrement » (2022b, p. 20).

Il en reste que cette spécialité occupe toujours une position fragile. En 1984 avec la réforme de l'internat, la gynécologie médicale est supprimée du parcours universitaire et se trouve rattachée à la gynécologie-obstétrique. Cette spécialité était alors vouée à progressivement disparaître. Au tournant des années 2000, le Comité de défense de la gynécologie médicale créé en 1997, déploient un important travail de mobilisation auprès de l'État, mobilisation qui s'accompagne d'une forte implication des patientes puisqu'environ 1 600 000 femmes signent alors une pétition réclamant le rétablissement de la gynécologie médicale comme spécialité. Les différentes ressources mobilisées permettent le rétablissement de la spécialité en 2002 qui devient effectif en 2003 avec la réforme du troisième cycle de 2003-2004. Il est alors mis en place un Diplôme d'Études Spécialisé (DES) de gynécologie médicale avec une discipline d'internat, spécifique et distinct de celle de gynécologie-obstétrique. Ainsi, « c'est à cette époque que se fixe dans le champ médiatique, politique et médical, l'identité professionnelle de la gynécologie médicale en tant que petite spécialité de proximité, fondée sur l'écoute, une spécialité de femmes pour les femmes, mis en place au moment des luttes pour la légalisation de la contraception et de l'avortement » (Koechlin, 2022b, p. 21).

Cette histoire en dent de scie a eu un impact direct sur la profession et sa démographie du fait de la disparition de la spécialité pendant une vingtaine d'années. Si la consultation gynécologique assurée par des gynécologues médicaux·ales reste le modèle de référence pour le suivi gynécologique, cette profession est difficilement accessible à toutes, du fait des tarifs (i.e. forte proportion de médecins en secteur 2)

(Pla et al., 2020), de la démographie et de leur répartition inégale sur le territoire (Bloy & Rigal, 2019). Cette profession s'adresse ainsi majoritairement à une population davantage favorisée et résidant préférentiellement en ville ou à proximité. Par ailleurs, il est plus récemment certaines crises que la profession traverse comme la crise de la pilule (Bajos et al., 2014), ou la médiatisation des violences gynécologiques, questionnant sur une fragilisation de cette spécialité.

1.4.1.2 La pratique de la gynécologie par les médecins généralistes ?

Un second corps professionnel étant habilité à réaliser l'EG et le dépistage du CCU sont les médecins généralistes. Ce corps professionnel présente l'avantage d'une accessibilité intéressante puisque des médecins généralistes exercent sur tous les types de territoires, même si la présence de désert médicaux est à souligner, et peu de professionnel·le·s exercent en secteur 2. En cela, les médecins généralistes pourraient jouer un rôle clef dans le dépistage des cancers gynécologiques au regard des inégalités sociales de santé (Bloy & Rigal, 2019).

Néanmoins, leur implication dans le suivi gynécologique et dans le dépistage des cancers gynécologiques s'effectue de façon inégale selon les compétences et les appétences de chacun·e, plutôt que sur la situation des femmes vis-à-vis des dépistages (Bloy & Rigal, 2019). Il est alors des médecins généralistes pour qui la gynécologie est une pratique importante, voire exclusive, là où pour d'autres, il s'agit de l'éviter. En cela, la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes peut relever d'une « spécialisation informelle » (Giami, 2010), au regard de l'expérience professionnelle et/ou de la réalisation de formation complémentaire tel le DIU de gynécologie et obstétrique pour médecins généralistes, relevant alors de motivations personnelles. Depuis 2018, il est à noter que les futurs médecins généralistes ont pour obligation de réaliser un stage d'internat de gynécologie, pratique de stage qui tend à se généraliser.

Pour Bloy & Rigal (2019), le principal frein à effectuer de la prévention en gynécologie est la réalisation de l'EG nécessaire au dépistage du CCU, soit à accéder et examiner les parties génitales des femmes. À cet égard, par une enquête sur la spécialisation informelle de médecin généraliste sur l'abord de la sexualité, Giami (2010) montre que les médecins généralistes hommes paraissent anticiper des risques

d'érotisation ou de soupçon d'agression sexuelle lorsqu'il s'agit d'examiner les seins ou les parties génitales des patientes. Vis-à-vis de l'abord de la sexualité, différentes postures des médecins émergent et semblent influencées par des dimensions psychosociales : la gestion de la relation soignant·e-soigné·e, l'appartenance de genre, les représentations de la sexualité, ou encore les rapports sociaux de genre (Giami, 2010).

La difficulté de prescription d'EG dans le cadre de la médecine générale permet donc de souligner qu'il est un examen singulier dont il faut considérer « l'impossible banalité de ces examens dans un contexte qui n'est ni hospitalier ni strictement gynécologique » (Bloy & Rigal, 2019, p. 24).

1.4.1.3 Les sage-femmes : des actrices récentes dans le suivi gynécologique

Ce n'est que depuis 2009 avec la loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'Hôpital et relative aux Patientes, à la Santé et aux Territoire (i.e., loi HPST), que les sage-femmes sont habilité·e·s à réaliser des consultations gynécologiques dans le cadre de la contraception et de la prévention, auprès de femmes en bonne santé (*e.g.*, dépistage du CCU, prescription de contraception, prescription d'examens complémentaires). Leurs compétences poursuivent leur croissance puisque depuis la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé français, les sage-femmes peuvent désormais réaliser des IVG médicamenteuses. Avant cela, ces professionnel·le·s étaient cantonné·e·s à la sphère de l'obstétrique non pathologique que ce soit par le suivi obstétrical et l'accouchement (accouchement qui reste encadré par les gynécologues-obstétricien·ne·s), et sous l'angle principal du « relationnel », mais nous y reviendrons dans la section suivante. En effet, la profession de sage-femme et ses compétences s'inscrivent dans l'histoire de la médecine et d'une hiérarchie genrée entre les corps professionnels.

L'accessibilité des sage-femmes paraît avantageuse en comparaison aux gynécologues médicaux·ales (*e.g.*, tarifs) (HCE, 2018). Au regard du développement relativement récent des compétences des sage-femmes, leur identification par les femmes comme des professionnelles pouvant assurer leur suivi gynécologique se questionne.

Ainsi, l'EG étant une pratique transversale à différents corps professionnels, la

façon dont chaque corps professionnel se représente leur rôle, mission et pratiques mais également celles des autres peut s'interroger. Un tel questionnement se pose notamment au regard du contexte de dénonciation des violences gynécologiques avec une fragilisation des gynécologues médicaux·ales et une valorisation des compétences des sage-femmes dans ce domaine.

1.4.2 Un domaine médical féminin

En termes de démographie, la spécialité de gynécologie médicale représente un des spécialisation les plus féminisées de la profession médicale (CNOM, 2023). Cette importante féminisation s'inscrit plus largement dans une féminisation globale du corps médical. En effet, la présence des femmes au sein des professions libérales est en croissance constante depuis que leur accès aux professions supérieures est autorisé par les institutions en France et plus largement en Europe. La féminisation de la profession médicale résulte notamment de l'explosion démographique de la population médicale française entre 1945 et 1970, ayant entraîné une chute du Numerus Clausus en 1971. Elle s'est depuis activement poursuivie : en 2017, 46% des médecins ayant déclaré au moins une activité au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) sont des femmes (DREES, 2018). Plus encore, 59% des médecins nouvellement inscrit·e·s au CNOM en 2017 sont des femmes. En 2019, 49% des médecins « actifs » sont des femmes (CNOM, 2023). Il est ainsi une proportion importante de jeunes médecins femmes observée depuis plusieurs années, amenant à une féminisation de la profession médicale au fil du renouvellement des générations.

Au-delà de la seule présence en nombre des femmes au sein de la professionnel médicale, Lapeyre & Le Feuvre (2005) montrent comment ce processus de féminisation influence directement les conditions de l'offre et de l'accès aux soins médicaux en France ainsi que les configurations même de la profession médicale, au regard des rapports sociaux de genre comme principe organisateur de la profession médicale. En effet, si les femmes accèdent en plus grand nombre à des « professions d'élites », il en reste qu'une division sexuée du travail médical est observée. Cette division s'exprime, entre autres, au travers la répartition homme/femme par type de spécialités. Une sur-représentation des femmes dans des spécialités médicales dites « relationnelles » (Lapeyre & Le Feuvre, 2005, p. 63) est constatée (*e.g.*, dermatologie,

gynécologie, pédiatrie), et inversement pour des spécialités ayant trait aux appareillages techniques (*e.g.*, cardiologie) ou dans les spécialités chirurgicales. Ces deux dernières sont davantage l'apanage des hommes et représentent des spécialités médicales fortement valorisées socialement. Une telle division se constate au sein même de la gynécologie avec une féminisation présente mais moins marquée pour la spécialité de gynécologie-obstétrique. Cette orientation des femmes vers certaines spécialisations résulte notamment de leur adéquation avec la volonté de concilier carrière professionnelle et carrière familiale et domestique (Lapeyre & Le Feuvre, 2005). Enfin, si historiquement la gynécologie médicale est une spécialité initiée par des gynécologues hommes, elle est une des premières à rapidement être investie par les médecins femmes. Au-delà des conditions d'exercice offertes par la gynécologie médicale, l'identité professionnelle s'est cristallisée autour d'une spécialité de femmes pour les femmes et reposant sur une relation soignante-soignée de proximité et d'écoute (Koechlin, 2022). Compte tenu d'une division sexuée du travail médical, la spécialisation informelle en gynécologie par les médecins généralistes semble davantage être du ressort de médecin femme (Bloy & Rigal, 2019).

Les sage-femmes sont quant à elles une des professions les plus féminisées puisque les femmes y représentent environ 97%[18]. Ce métier s'est historiquement construit sur un mode exclusivement « féminin ». En effet, les femmes étaient exclues des fonctions avec des responsabilité équivalentes à celles des hommes. Pour autant, le domaine de l'accouchement et du travail de reproduction des femmes était le seul où elles pouvaient exercer, voire même, celui-ci était une sphère qui leur était exclusivement réservée (Knibiehler & Marand-Fouquet, 1983). En cela, les matrones étaient munies de qualités féminines naturalisées, comme l'intuition, l'altruisme, l'empathie, leur permettant d'assurer de façon exclusive le domaine de la naissance (Jacques & Purgues, 2012). Avec le passage de la sphère de la naissance dans le domaine public et la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement du fait de préoccupation démographique au XVIIIe siècle, les médecins hommes se sont alors emparés du champ de la naissance, excluant par la sorte les femmes des connaissances considérées légitimes et offrant aux médecins hommes l'autorité pour

[18] D'après la DREES : https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/

intervenir, ou non, dans ce domaine. Ces changements reflètent alors un mécanisme d'appropriation des femmes, et notamment de leurs corps et de leur travail reproductif (Dorlin, 2006; Vuille, 2016). Une hiérarchie des taches s'est progressivement mise en place entre les médecins hommes et les sage-femmes, au regard de qualités et compétences sous le prisme du genre : « Le médical pour les hommes, pour prévenir et soigner les pathologies de grossesse, et le relationnel à travers l'accompagnement des grossesses eutociques pour les sages-femmes » (Jacques & Purgues, 2012, p. 57). Ce n'est que 1982 que le contexte législatif modifie les conditions d'accès à l'entrée en formation de sage-femmes en l'ouvrant aux hommes. Avec une évolution des soins et des techniques de plus en plus complexes, cette activité professionnelle peine à s'extraire d'une histoire et d'un modèle de compétences sous l'ordre du « féminin », telle l'empathie, la bienveillance et la disponibilité à l'autre. Plus encore, ces compétences genrées semblent être investies « par les professionnelles pour en faire la spécificité de l'activité et donc, de fait, imposer une définition «féminisante» du métier » (Jacques & Purgues, 2012, p. 58), auquel s'articule l'acquisition de savoirs techniques et experts.

La féminisation assez unique du champ de la gynécologie médicale atteste de la façon dont le genre, en tant que principe organisateur, structure la hiérarchie et les rapports de pouvoir entre les corps professionnels. S'articulant à une division sexuée du travail médical du fait des conditions d'exercice, l'identité de genre[19] semble être mobilisée comme compétence, notamment pour les professionnelles femmes, suivant l'idée de proposer une médecine de femme au service des femmes. Être une femme permettrait alors de mieux comprendre les patientes et les prendre en charge. L'identité de genre du/de la professionnel·le semble aussi déterminante dans la gestion médicale du corps féminin par différentes représentations de la féminité et de la masculinité (Guyard, 2002). En cela, « l'identité sexuée du médecin constitue en gynécologie une variable déterminante pour la qualité non seulement de la relation avec les patientes mais également de la prise en charge des problèmes de santé spécifiquement féminins » (Guyard, 2008, p. 66). Le genre comme compétence questionne alors sur une naturalisation des qualités attribuées à la féminité, ainsi que

[19] L'identité de genre renvoie à la catégorie de genre à laquelle une personne considère appartenir.

sur une essentialisation du vécu du corps féminin.

Au regard de l'approche socio-constructiviste et féministe mobilisée dans le cadre de cette thèse, cette particularité de la gynécologie comme domaine médical féminin nous permet dès à présent de souligner un point théorique quant au rapport social lié au genre comme principe organisateur des sociétés occidentales contemporaines. En effet, il ne s'agit pas d'une mobilisation réductrice du genre comme une variable dichotomique de répartition « homme/femme », ni de réifier une vision naturaliste des catégories de genre et des inégalités associées par la présomption qu'être « une femme » serait un gage suffisant pour des savoirs et des pratiques en gynécologie préservés de toute empreinte de l'idéologie patriarcale, mais aussi exemptés d'une asymétrie de pouvoir inhérente à la relation médicale. À cet égard, « la féminisation de la profession ne garantit pas un desserrement des normes (biomédicales, mais aussi hétérosexuelles, d'âge et de parcours de vie) qui encadrent la consultation » (Vuille, 2016, p. 289). Il convient donc davantage de questionner les pratiques et représentations qui actualisent, renforcent ou transforment les rapports sociaux de domination et de pouvoir, soient les modalités d'expression de ces rapports dans le cadre de la relation soignant·e-soignée en gynécologie. Enfin, dans une approche compréhensive, ces éléments questionnent sur *si* et *comment* l'identité de genre est mobilisée en tant que professionnel·le dans leur rapport à l'EG et aux patientes, mais aussi, l'est-elle du point de vue des femmes, qu'elles aient recours ou non aux soins gynécologiques.

1.4.3 Les modalités de prescription d'un examen gynécologique

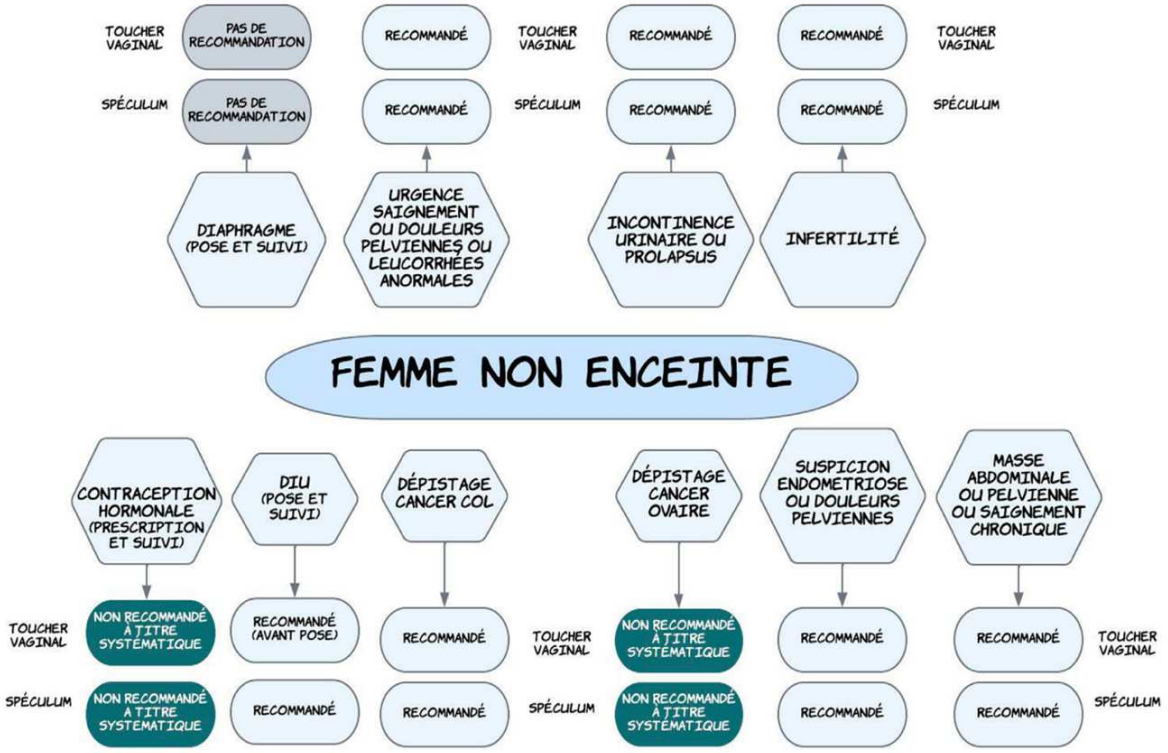
Au dépistage du CCU précédemment mentionné, les raisons justifiant la réalisation d'un EG peuvent être multiples : prescription et/ou mise en place d'une contraception (*e.g.*, pose de Dispositif-Intra Utérin, DIU, ou plus communément appelé « stérilet ») (HAS, 2013), dépistage de certaines IST (HAS, 2018), douleurs pelviennes, *etc*. Il est ainsi considéré comme une composante primordiale pour la santé sexuelle et reproductive des femmes.

Au-delà des recommandations précédentes, les raisons motivant à prescrire un EG dans le cadre d'un suivi gynécologique peuvent aussi être parfois nébuleuses. La recommandation d'un EG annuel, sans raisons médicales (*e.g.*, suspicion d'IST),

semble par exemple largement entendue et partagée que ce soit par les professionnel·le·s de santé, dans les discours de santé publique ou encore chez les patientes. Si l'examen annuel semble faire consensus, il ne semble pas reposer sur des données probantes. Aux États-Unis, l'insuffisance de preuves quant à la balance bénéfice-risque de l'examen pelvien systématique chez des femmes non-enceintes et asymptomatiques a été soulignée (US Preventive Services Task Force et al., 2017). En France, ce n'est qu'en 2023 que des recommandations pour la pratique clinique de l'examen pelvien en gynécologie et obstétrique ont été mises en place, précisant notamment les modalités de réalisation de l'examen pelvien pour les femmes non-enceintes (voir Figure 3) (Deffieux et al., 2023). Il est à noter que les travaux entrepris dans le cadre de cette thèse se sont réalisés avant et pendant la mise en place de ces nouvelles recommandations.

Les éléments pointés attestent d'une remise en question récente de l'intérêt de l'examen pelvien systématique pour les femmes non-enceintes, asymptomatiques et à jour sur les dépistages. Face à la mouvance des recommandations, que ce soit pour l'examen pelvien « de routine », mais aussi pour le dépistage du CCU, décider de prescrire un EG ou non peut relever d'une situation d'incertitude pour les professionnel·le·s. En sociologie médicale, l'incertitude apparaît comme une dimension inhérente à la pratique médicale, du fait d'une maîtrise incomplète ou imparfaite des savoirs disponibles, des limites propres à la connaissance médicale, et de la considération pour un·e professionnel·le de ces deux limites dans sa pratique médicale (Fox, 2000). Si la réalisation d'EG ne repose pas sur des savoirs médicaux et scientifiques, tel le consensus d'un EG annuel, cela peut questionner sur les potentielles logiques sociales et symboliques qui le sous-tendent. Par ailleurs, le caractère récent des nouvelles recommandations en France, et celui ancré de l'examen annuel interrogent également sur l'évolution des pratiques effectives des professionnel·le·s de la gynécologie. Logiques qui sous-tendent la réalisation d'EG d'une part, et pratiques effectives d'autre part, sont deux volets sur lesquels notre intérêt s'est porté durant ce travail.

Figure 3
Arbre décisionnel pour la pratique de l'examen pelvien pour les femmes non-enceintes (source : Deffieux et al., 2023)



1.5 Un domaine médical en tension : sur les violences gynécologiques

1.5.1 La dénonciation des violences : mobilisations féministes et médias sociaux

Aux environs des années 2014-2015, des mobilisations féministes de dénonciation de violences obstétricales et gynécologiques prennent place et ont fait l'objet d'une importante médiatisation. L'émergence de ces dénonciation est notamment liée à des actualités politiques : la crise de la pilule en 2012 (Bajos et al., 2014), le scandale du « point du mari » en 2014[20], ou encore celui en 2015 quant à la réalisation de toucher vaginaux sur des patientes endormies sous anesthésie générale[21]. Dans la lignée du mouvement *#MeToo*, ce mouvement de dénonciation

[20] https://www.lemonde.fr/sante/article/2014/04/18/derriere-le-point-du-mari-le-traumatisme-de-l-episiotomie_4403470_1651302.html
[21] https://www.liberation.fr/societe/2015/02/06/toucher-vaginal-sur-patientes-endormies-des-medecins-alertent-le-gouvernement_1197388/

s'exprime, entre autres, par la publication massive de témoignages sur les réseaux sociaux. En 2014, le hashtag #PayeTonUtérus est lancé sur twitter : plus de 7000 témoignages de femmes émergent en 24h dénonçant des actes de maltraitances et/ou de violences durant leur suivi gynécologique et/ou obstétrical (HCE, 2018). L'ampleur du phénomène amène alors la secrétaire d'État à l'égalité homme-femme en 2017, Marlène Schiappa, a commandé un rapport au Haut Conseil à l'Égalité sur la question (HCE, 2018). En réponse et face à ses dénonciations, des professionnel·le·s de la gynécologie s'insurgent alors d'un « *gynécobashing* », notamment par un communiqué de presse[22] signé par plus de 400 gynécologues-obstétricien·ne·s. Depuis, ce mouvement ne cesse de s'étendre avec par exemple la création du collectif Stop aux Violences Obstétricales et Gynécologiques (« StopVOG ») en 2017, la publication du « Livre noir de la gynécologie » de Mélanie Déchalotte (2017), ou encore la page Facebook « PayeTonGynèco » en 2018. Plus récemment, nous pouvons citer l'affaire Daraï de l'hôpital Tenon, gynécologue mis en examen en 2022 pour « violences volontaires » sur 32 patientes[23] ou encore l'affaire de la secrétaire d'état et gynécologue Chrysoula Zacharopoulou en 2022[24] qui a notamment fait l'objet de deux plaintes pour viols dans le cadre de sa profession.

Si la politisation du cabinet gynécologique par les mouvements féministes en France est relativement récente, tel n'est pas le cas à l'international. En effet, les mouvements féministes des années 70 dans les pays occidentaux portait déjà les revendications de disposer librement de leur corps et une critique de la médicalisation du corps des femmes. Ce mouvement s'illustre en France par le Mouvement de Libération de l'Avortement et de la Contraception (MLAC) et le slogan « notre corps nous appartient ». Aux États-Unis, ce mouvement a donné lieu à la naissance d'un mouvement pour la santé des femmes (« *Women Health Movment* »), avec notamment la publication du livre « *Our Bodies, Ourselves* » en 1973[25], et qui a servi

[22] https://www.theragora.fr/communiques/CP-Gynecobashing-917.pdf

[23] https://www.francetvinfo.fr/societe/harcelement-sexuel/info-franceinfo-affaire-emile-darai-le-gynecologue-va-pouvoir-reprendre-ses-consultations-privees_5633726.html

[24] https://www.lemonde.fr/police-justice/article/2022/06/24/chrysoula-zacharopoulou-secretaire-d-etat-et-gynecologue-visee-par-une-troisieme-plainte_6131907_1653578.html#:~:text=La%20secrétaire%20d%27Etat%20Chrysoula,juin%2C%20le%20parquet%20de%20Paris.

[25] La parution de l'ouvrage *Our Bodies, Ourselves* aux États-Unis en 1973 fait suite à la production d'un certain nombre de texte lors d'ateliers de « conscientisation » (*consciousness raising group*) mis

de modèle par la suite au Québec, en Allemagne ou en Suisse (Vuille et al., 2006). Si la gynécologie (médicale) a peu fait l'objet de critique féministe en France, c'est notamment dû à l'histoire et à la place particulière des gynécologues médicaux·ales et de leur implication dans la lutte pour le droit à la contraception et l'avortement (Quéré, 2016).

En ce qui concerne les violences obstétricales et gynécologiques plus spécifiquement, elles sont dénoncées et reconnues depuis des décennies à l'international (Rozée and Schantz, 2022) et recouvrent différents enjeux selon le contexte socio-économique et politique du pays considéré (Miller et al., 2016). Le terme « violences obstétricales » émerge et se diffuse notamment au début des années 2000 en Amérique Latine, terme qui, par les mobilisations féministes, sera inscrit dans la loi au Venezuela en 2007 puis en Argentine, au Mexique, au Brésil et en Uruguay (Rozée & Schantz, 2022). Bien que les violences gynécologiques et obstétricales soient de plus en plus considérées dans la sphère publique, politique, mais aussi académique, le domaine de la gynécologie et non de l'obstétrique reste sous-exploré par les sciences sociales (Rozée and Schantz, 2022) et mériterait davantage d'attention.

1.5.2 Quelle définition, conceptualisation ?

Notion émergeante dans le champ médiatique, politique, médical mais aussi académique français, la définition conceptuelle des violences gynécologiques et leur délimitation restent polémiques et polysémiques. Le rapport du HCE (2018) proposent de définir un ensemble d'actes qualifiés de sexistes, prenant place lors 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

en place en 1969 à Boston autour du thème « les femmes et leur corps » (Löwy, 2005). Cet ouvrage a constitué aux États-Unis « le symbole de ce mouvement pour la santé de femmes qui, par sa critique féministe de leur prise en charge médicale, a contribué à la politisation du cabinet du gynécologue, en termes d'information, d'autonomie de la prise de décision et de respect du consentement de la patiente » (Quéré, 2016, p. 37). Il a par la suite été traduit en France en 1977 et fait l'objet d'une importante diffusion. Pour autant, *Our Bodies Ourselves*, a davantage été considéré comme un ensemble de témoignages de femmes plutôt qu'un outil de luttes féministes (Quéré, 2016).

> 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. (HCE, 2018, p. 3)

Selon ce rapport, six types d'actes ont été identifiés dont certains relèvent de violences : (1) non prise en compte de la gêne de la patiente du fait du caractère intime de la consultation, (2) propos porteurs de jugements liés à des injonctions sexistes (*e.g.*, sexualité, poids, volonté ou non d'avoir un enfant, *etc.*), (3) injures sexistes, (4) absence de consentement ou du respect du choix de la patiente concernant des actes médicaux, (5) actes ou refus d'actes non justifiés médicalement, et (6) des violences sexuelles.

Bien que ce rapport ait permis que les enjeux des violences gynécologiques et obstétricales dépassent le cadre des mobilisations féministes puisque amenant, dans une certaine mesure, une reconnaissance institutionnelle des expériences vécues des femmes, certaines limites sont à souligner. En effet, au regard de la définition proposée, seules les violences sexuelles sont considérées comme des violences gynécologiques et obstétricales, engendrant une invisibilisation des autres formes de violences ainsi qu'une indifférenciation entre violences sexuelles et violences gynécologiques et obstétricales (Nève, 2022). Plusieurs autrices considèrent ainsi les violences gynécologiques et obstétricales sous la forme d'un *continuum* (El Kotni, 2019; Fonquerne, 2022; Nève, 2022), en référence au continuum des violences sexuelles de la sociologue Liz Kelly (1987)[26]. Une telle conception permet alors d'appréhender la variété des formes de violences, ainsi que leur importante fréquence. Enfin, les violences gynécologiques et obstétricales sont envisagées comme étant la résultante d'un croisement entre violence de genre et violence institutionnelle.

[26] À partir d'entretiens compréhensifs auprès de 60 femmes sur leur potentiel vécu de violences sexuelles, Kelly (1987) propose l'emploi du concept de *continuum* pour rendre compte de la diversité et de l'importante fréquence des violences sexuelles dans la vie des femmes, en s'abstrayant d'une lecture en termes de gravité ou de conséquence sur la vie des femmes. Ce *continuum* est constitué d'un continuum de fréquence, soit des évènements les plus ordinaires comme le harcèlement sexuel au plus exceptionnels comme l'inceste, qui se recoupe avec un continuum d'expérience, reflétant la diversité des expériences de violences sexuelles des femmes.

Autrement dit, elles sont le fruit de l'entrecroisement de multiples rapports de domination, notamment patriarcale et médicale, auquel les femmes seraient exposées différentiellement selon leur place dans la hiérarchie sociale (Fonquerne, 2022; Koechlin, 2022b). À cet égard, si des inégalités sociales de santé sont constatées vis-à-vis du dépistage du CCU et de l'accès aux soins gynécologiques (*e.g.*, forte propension de gynécologues médicaux·ales en secteur 2), il semble que ces inégalités soient également retrouvées dans la qualité des soins (Fonquerne, 2022; Gelly & Pitti, 2016; Koechlin, 2022b). En cela, le regard déployé pour appréhender l'EG et les enjeux associés ne peut se satisfaire de la seule prise en compte du genre dans la relation médicale.

1.5.3 Vers une remise en question des pratiques et relations en gynécologie ?

Si les professionnel·le·s de la gynécologie ont longtemps été perçu·e·s comme des allié·e·s des femmes et de la cause féministe en France du fait de leur implication dans la lutte pour le droit à la contraception et à l'avortement, l'importante médiatisation de récits de violences dans le cadre de consultation gynécologique, et plus largement en gynécologie-obstétrique sont venues interroger les savoirs et les pratiques des praticiens et praticiennes de la gynécologie (Löwy, 2005; Quéré, 2016).

Deux points principaux font l'objet de critiques par les mobilisations féministes. Tout d'abord, c'est une remise en question des hormones et de leur utilisation, avec notamment une critique d'un modèle contraceptif centré sur la pilule (Bajos et al., 2014). Ce sont ensuite plus largement les pratiques en gynécologie qui sont questionnées. Dans la lignée du mouvement féministe français de la deuxième vague politisant les espaces privés, et des mobilisations d'usagers et d'usagères du système de santé des années 1980-1990, la politisation autour de la gynécologie se cristallise sur le droit à l'information et au consentement libre et éclairé pour toute pratique médicale (Quéré, 2016), en référence aux textes législatifs encadrant les pratiques médicales. La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé introduit dans les textes juridiques des droits à l'information, au consentement éclairé et à l'autonomie des patients et patientes concernant les décisions vis-à-vis de leur santé et la réalisation d'actes médicaux (Article L. 1111-4 du Code de la santé publique). Spécifique au consentement, il est

mentionné : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment »[27]. Dans le cas de l'EG, la problématique du consentement se trouve particulièrement source de tension, puisque la qualification d'examens réalisés sans consentement comme « viol » ou « viol gynécologique » fait actuellement débat dans la sphère publique, médiatique (*e.g.*, affaire Daraï) et au niveau juridique (Paricard, 2024).

Cette entrée par les violences gynécologiques permet alors de mettre en lumière certains aspects de la relation soignant·e-soigné·e en gynécologie et en médecine. En effet, les problématiques du consentement, des informations et de leurs partages renvoient plus largement à la conception de la relation soignant·e-soigné·e et du pouvoir médical. L'avènement de la notion de consentement dans l'éthique médicale et de celle d' « autonomie » des patient·e·s sur laquelle appuie la loi n°2002-2 manifeste une évolution relative d'un modèle paternaliste traditionnel de la relation médicale vers un modèle libéral, qui intègre les patients et patientes dans le processus de prise de décision (Jaunait, 2003). Cette démarche centrée sur le/la patient·e avec un modèle de relation de « décision-partagée » vise la reconnaissance de « la nécessaire prise en compte des perspectives du patient, l'indispensable partenariat entre médecin et patient dans le projet de soin, et neutralise l'asymétrie du classique modèle paternaliste » (Sarradon-Eck, 2019, p. 53).

S'il s'opère depuis quelques décennies des transformations du modèle relationnel entre médecin et patient·e, pouvons-nous pour autant considérer que cette relation est exempte de tout asymétrie de pouvoir ? En France, lors de consultation de contraception, la sociologue Leslie Fonquerne (2022) met en avant la rétention d'information de la part des professionnel·le·s comme une des formes de violences des plus ordinaires dans la relation gynécologique, que ce soit au regard du choix contraceptif ou des auscultations comme des EG pouvant être réalisés sans justifications apparentes et sans explications. À cet égard, les travaux en anthropologie de Sylvie Fainzang (2006) sur la pratique du mensonge par les médecins sont illustrant :

[27]https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056#:~:text=Toute%20personne%20a%20le%20droit,choix%20et%20de%20leur%20gravité.

> Le mensonge pratiqué par les médecins est donc lié à la position spécifique qu'ils occupent à l'intérieur de la relation médecin-malade, et à l'exercice du pouvoir qui caractérise cette position. Celui-ci se traduit exemplairement par l'appropriation du corps du malade. De nombreux médecins s'arrogent le privilège de la connaissance sur le corps du malade et tendent, à cette fin, à ne pas lui donner l'information susceptible de lui permettre de faire le choix qui lui incombe concernant son propre corps. L'usage du mensonge par les médecins est induit par une manière, apprise, socialisée, de se positionner dans la relation de pouvoir médecin-malade. (p. 34)

Vis-à-vis du consentement dans le cas de violences obstétricales au Mexique, l'anthropologue Mounia El Kotni (2019) montre comment le recueil du consentement éclairé est certes nécessaire mais insuffisant pour garantir une qualité des soins. Ce recueil ne peut se soustraire d'une réflexion et de changements systémiques profonds, que ce soient sur les conditions de fonctionnements du système de santé, et les rapports sociaux de domination liés au genre, la race et la classe. À cette asymétrie de pouvoir du fait du statut et de la position que chacun·e occupe au sein de la relation, il nous faut donc également situer cette relation dans le monde social. Autrement dit, comme toute interaction sociale, la relation soignant·e-soigné·e peut être le lieu de (re)production de l'ordre social (Bergeron, 2007).

Au regard des transformations qui traversent le soin et la médiatisation importante de la dénonciation des violences gynécologiques, il convient d'interroger les formes de relation en gynécologie et les pratiques liées à l'EG. Par ailleurs, notion centrale dans les mobilisations, s'intéresser à la question du consentement lié à l'EG permet plus largement de questionner comment est représenté la relation médicale et les pratiques associées pour les différent·e·s protagonistes de la relation médicale. En cela, une approche contextuelle et compréhensive de l'EG et des enjeux associés tel le consentement constitue une voie d'entrée féconde pour l'étude des violences gynécologiques.

1.6 La médecine, la gynécologie et les femmes

1.6.1 Considérations socio-historiques du rapport de la médecine au corps des femmes

L'avènement des savoirs et les pratiques en gynécologie et en médecine résulte d'une histoire relativement complexe. Bien que passionnant, j'exposerai ici seulement quelques considérations au regard de précédents travaux en sciences sociales (Dorlin, 2006; Knibiehler, 2003; Knibiehler & Marand-Fouquet, 1983).

1.6.1.1 De l'antiquité à l'époque moderne : quelle définition de « la femme » ?

La façon dont la pensée médicale s'est évertuée à définir « la femme » est le reflet d'un phénomène historique ancien, fruit de l'héritage de l'antiquité et de la culture ecclésiastique dominante au moyen-âge (Knibiehler & Marand-Fouquet, 1983). Sur la base d'un corpus de textes médicaux rédigés entre les XVIe et XVIIIe siècles, les analyses d'Elsa Dorlin (2006) montrent comment les savoirs et les pratiques en médecine et en gynécologie ont joué un rôle prépondérant dans la construction d'une vision pathogène du corps des femmes permettant d'assoir leur domination.

Avec la médecine hippocratique et le concept de tempérament, passant ensuite par Platon, relevant l'infériorité biologique des femmes du fait de l'agitation animale de la matrice (i.e., utérus), à Aristote considérant la femme et son utérus comme un principe matériel, un réceptacle, destiné à accueillir la semence de l'homme, principe moteur et générateur de la reproduction[28] : il est considéré dès l'Antiquité que si les femmes sont inférieures dans la société, c'est parce qu'elles sont inférieures par nature, et fournissant de la sorte une justification à leur nécessaire subordination aux hommes. C'est notamment en considérant une uniformité du tempérament féminin comme un tempérament flegmatique que s'instaure une différence sexuelle des corps permettant de justifier les inégalités entre les hommes et les femmes (Dorlin, 2006). Il est à noter que les affirmations avancées par ces derniers relèvent avant tout de discours idéologiques, de leur vision du monde, et comment elle se matérialise dans le corps des femmes, plutôt que d'une connaissance du corps humain (Knibiehler & Marand-Fouquet, 1983). S'inscrivant dans la poursuite de la pensée de ses

[28] À cet égard, le fait que la femme n'ait pas à jouir pour concevoir est considéré comme une preuve de sa faible contribution à la conception. Quel intérêt alors au plaisir féminin ?

prédécesseurs, l'anatomiste Galien est une figure ayant marqué la pensée médicale jusqu'à la renaissance avec sa conception « isomorphique » de l'anatomie. Rejetant la conception d'un utérus migrateur, il considère une inversion anatomique des mêmes organes entre les hommes et les femmes, dont il en résulte deux tempéraments radicalement différents (Dorlin, 2006). Si la thèse galiéniste rencontre tant de succès, c'est notamment grâce au finalisme qu'elle véhicule, soit l'idée d'une adéquation parfaite des organes à leur fonction. Ce finalisme permet alors une lecture du corps humain sous l'angle de la religion et du divin à une époque où le christianisme progresse, tout en justifiant par des arguments biologiques l'ordre social (Knibiehler & Marand-Fouquet, 1983).

La vision pathogène, et donc inférieure, du corps des femmes se poursuit à l'époque du Moyen Âge, avec un changement d'interprétation par la religion chrétienne : plutôt qu'une question de tempérament, les maladies des femmes sont le fruit du péché originel. Si auparavant le dérèglement des humeurs et fluides corporelles étaient « traités » par l'utilisation de la saignée, de la purge ou des cataplasmes visant à rétablir leur équilibre, il est maintenant question d'exorciser le malin ayant pénétré en elles. À l'âge classique, avec les philosophes des lumières, la conception religieuse est mise à distance pour de nouveau mobiliser les représentations héritières de la médecine et de la philosophie antique dans les discours médicaux.

Ainsi, de l'Antiquité à l'Âge Classique, le corps des femmes était considéré comme un corps malade par essence, justifiant leur infériorité, et nécessitant donc d'être contrôlé (Dorlin, 2006). Au cours du XVIIe siècle, et à l'aune du XXe siècle, il émerge une floraison sans égale de traités portant sur les maladies et les maux des femmes. Ce corpus a permis alors de « définir les conditions de formation et de développement d'un genre médical codifié depuis l'Antiquité, dont sont issues la gynécologie et l'obstétrique, termes qui n'apparaissent que dans les années 1830 » (Dorlin, 2006, p. 35). Si l'idéologie sexiste était religieusement justifiée, elle l'est maintenant scientifiquement et médicalement (Ehrenreich & English, 1973).

Toutefois, à partir du XVIIe siècle, un changement de paradigme s'opère avec la mise en place d'une politique de santé nécessitant d'avoir une conception claire de la « santé féminine ». Si la grossesse (et l'accouchement) était considérée comme une

maladie, il convient de repenser la maternité au regard d'une politique nataliste par une valorisation sociale du statut de « mère », mais tout en maintenant la hiérarchie sociale. Par des discours naturalistes, les auteurs de l'époque, dont Roussel inventeur de la « nature féminine », s'évertuent à étudier « la femme » sous l'angle physique, pathologique et moral (Knibiehler, 2003). L'accent est alors mis sur la procréation, avec la maternité définie comme une fonction naturelle des femmes. En cela, la sexualité, et surtout l'hétérosexualité, devient part intégrante de la santé féminine puisque la femme se trouve davantage déterminée par sa sexualité du fait de son assertion à la fonction reproductrice. La « souplesse » et la « faiblesse » du corps féminin qui en faisaient sa qualité pathogène, deviennent des traits physiologiques : par une docilité organique, elles peuvent répondre à leur fonction naturelle de reproduction. Ces mêmes traits servaient en retour de justification à leur infériorité sociale. Il est désormais possible de concevoir la santé au féminin par la figure de la « mère », puis dans son prolongement par celui de « l'épouse » (Dorlin, 2006).

Ainsi, les attributs qui étaient par le passé considérés comme « sain » ou « malsain » ont été modifiés au regard des impératifs politiques et de l'avancée des sciences médicales. Le concept de tempérament reste tout de même mobilisé pour opérer une hiérarchie sociale entre les femmes même, et notamment entre les femmes françaises et celles des colonies françaises : « Il faut nécessairement que l'épouse et la "mère" soit supérieures à l'hystérique, à la nymphomane, *etc.*, que la mère "blanche" soit supérieure à la femme "sauvage", à l'Africaine, à l'esclave » (Dorlin, 2006, p. 136). *In fine*, ces quelques considérations témoignent de comment la médecine (et la religion) revêt une fonction de mise en ordre du monde social.

1.6.1.2 L'invention du spéculum et la naissance de la gynécologie moderne

Arrêtons-nous maintenant sur l'invention du spéculum par le Dr James Marion Smith (1813-1883) au XIXème siècle pour illustrer la façon dont la naissance de la gynécologie moderne puise dans les rapports de domination tout en les perpétuant. Considéré comme le père de la gynécologie moderne aux États-Unis, cet homme a permis une transformation du champ de la gynécologie grâce à de nombreux travaux expérimentaux dans ce domaine (Owens, 2017). Entre 1844 et 1849, le Dr Smith a créé son « petit hôpital » servant de champ d'expérimentation, exclusivement sur des corps de femmes esclaves noires. L'invention du spéculum fait alors suite à de

nombreuses expérimentations sur des femmes esclaves souffrant de fistules vésico-vaginales. Ces dernières ont enduré de multiples procédures chirurgicales invasives, à une époque où l'anesthésie n'était pas une pratique médicale répandue. L'habilité du Dr Smith à réparer le corps des femmes a ensuite encouragé le développement de la gynécologie comme une profession et une spécialité médicale respectée. Par le spéculum, cela a permis aux médecins, hommes blancs à cette époque, d'assoir d'avantage leur rôle de protecteurs des femmes (blanches), tout en écartant les femmes, comme les matrones et les sage-femmes, de la sphère de la naissance (Owens, 2017). Par le spéculum, les praticiens ont obtenu le droit d'examiner l'intérieur du corps des femmes, accédant ainsi à une connaissance de leur corps que les patientes elles-mêmes ignoraient. Depuis sa création, il est intéressant de noter que cet instrument n'a que peu évolué, bien qu'il soit largement déprécié par les femmes (Chorley et al., 2017).

Après cet exposé relativement court et schématique, il convient de conclure que depuis l'Antiquité, les sciences médicales et politiques s'articulent de manière dynamique dans la mise en place et le maintien de la domination patriarcale et raciale. L'émergence de la gynécologie peut ainsi se caractériser par l'articulation de deux ordres de savoirs interdépendants : la physiologie et la pathologie des femmes, notamment de leurs organes reproducteurs, et un discours sur la nature féminine (Vuille, 2016). Opérant un savoir scientifique sur la nature des femmes, ces savoirs viennent naturaliser les inégalités socialement établies entre hommes et femmes et conférer une légitimité scientifique au rapport de domination patriarcale. Plus encore, l'avènement des savoirs et pratiques en gynécologie puisent dans les rapports de domination et d'oppression. Deux mouvements semblent alors importants à retenir : la mise en place d'une hiérarchie entre les hommes et les femmes, et celles entre les femmes même. En cela, la médecine et la gynécologie permettent de rendre saillant la co-extensivité et consubstantialité des rapports sociaux de domination et d'oppression, soit la façon dont les rapports sociaux s'entrecroisent de façon dynamique et complexe tout en se co-produisant mutuellement (Kergoat, 2009).

1.6.2 Remarques sur le principe de prévention de notre société contemporaine

Au regard des sections précédentes et des études présentées, l'EG, le dépistage du CCU, et plus largement le suivi gynécologique semblent reposer sur une logique préventive en matière de santé des femmes. Spécifique au corps des femmes dans le cas de la gynécologie, la prégnance de la prévention s'inscrit plus largement dans les sociétés occidentales contemporaines. Depuis trois siècles, le principe de prévention a marqué l'histoire de l'Occident par son succès : grâce à l'amélioration des modes de vie (*e.g.*, conditions, hygiène), une amélioration de la santé des populations et une transformation des causes de morbidité et de mortalité sont constatées, passant d'une prévalence des maladies infectieuses aux maladies dégénératives et chroniques, tel le cancer. Les conditions d'émergence du principe de prévention ne se limitent pas à son succès. En effet, la prévention prend essor dans le risque et son idéologie, qui s'accompagne du « culte de la santé » (Peretti-Watel & Moatti, 2009).

Avec les évolutions biotechniques et médicales, un changement de paradigme médical émerge au XXème siècle, passant d'une médecine ancrée à l'hôpital à un nouvelle « médecine de surveillance » (Armstrong, 1995) qui implique une reprogrammation des espaces de maladie avec une surveillance des populations et une « problématisation du normal ». C'est notamment par l'épidémiologie que les « conduites » ou « facteurs » de risques sont étudiés au travers de calculs probabilistes et de recueils de données standardisées, puis se traduisent en action par la prévention en ciblant les comportements individuels considérés comme « à risques ». Au-delà d'une technologie au service de la prévention, le risque comporte une dimension éminemment morale et idéologique puisque venant définir par la sorte ce qui est « sain » et « malsain », ce qui est « bien » ou « mal », au regard d'un « culte de la santé » prégnant dans nos sociétés occidentales contemporaines (Peretti-Watel & Moatti, 2009).

Par ce changement de paradigme, passant de la clinique médicale à la surveillance par la santé publique, il s'opère alors le passage du singulier au collectif, dans lequel la médicalisation étend sa portée (Fassin, 1998). Le processus de médicalisation consiste à :

définir un problème en termes médicaux, à utiliser un langage médical pour le décrire, à adopter un cadre de pensée médical pour le comprendre, et à utiliser des interventions médicales pour le « traiter ». Il est un processus socio-culturel qui peut impliquer ou non la profession médicale, conduire au contrôle social et médical, et être le résultat d'une expansion intentionnelle de la profession médicale.[29] (Conrad, 1992, p. 211)

Nous remarquerons que la médicalisation ne s'explique pas par la seule démographie médicale ou par le pouvoir médical. En effet, elle est une transformation culturelle, qui, en reconnaissant un phénomène comme de l'ordre du « pathologique », vient également l'inscrire dans l'espace collectif. En cela, le processus de médicalisation revêt une dimension politique se traduisant par la légitimation des discours transformant un phénomène social en langage médical (Fassin, 1998), telles les campagnes de prévention visant la réduction de conduites à risques. Plus encore, le changement de paradigme vers une « médecine de surveillance » amène Clarke et al. (2000) à considérer une « biomédicalisation » au regard des innovations technoscientifiques émergeant au XXIème siècle. En effet, il ne s'agit plus de « traiter » et d'intervenir sur des phénomènes pouvant mettre en danger la vie, mais plutôt d'intervenir sur des phénomènes pouvant modifier la vie. En cela, « le contrôle social lui-même est reconstruit : il discipline, s'appuie sur une construction des risques et sur des stratégies hétérogènes d'autosurveillance et de surveillance externe » (Clarke et al., 2000, p. 14). Plutôt que des patient·e·s passif·ve·s sous le contrôle de la médecine, la santé devient alors un objectif individuel et une responsabilité sociale, qui se veut être atteint avec ou sans intervention médicale, et en possible collaboration avec la profession médicale. Dans un double mouvement, la santé est à la fois davantage biomédicalisée par la surveillance, les dépistages, *etc.*, mais aussi moins médicalisée puisque la responsabilité est désormais attribuée à l'individu·e et non au médecin. Cette biomédicalisation repose également sur une transformation de la production et de la distribution du savoir et de l'information médicale, avec la prolifération des

[29] Traduit par mes soins : « *Medicalization consists of defining a problem in medical terms, using medical language to describe a problem, adopting a medical framework to understand a problem, or using a medical intervention to "treat" it. This is a sociocultural process that may or may not involve the medical profession, lead to medical social control or medical treatment, or be the result of intentional expansion by the medical profession.* »

informations au travers de divers espaces comme les médias, Internet ou encore la publicité (Clarke et al., 2000).

Le principe de prévention, sous tendu par le risque et la valeur accordée à la santé, et par lequel la (bio)médicalisation peut se déployer, traduit une certaine conception néolibérale de l'être humain sous l'angle du rationnel :

> L'individu est ainsi promu acteur de sa propre santé, décideur autonome auquel il incombe, une fois qu'il aura été convenablement informé par les actions de prévention, de prendre soin de son "capital santé" et de gérer les risques qui menacent son bien-être. (Peretti-Watel & Moatti, 2009, p. 23)

Ces quelques considérations, non-exhaustives, s'illustrent de façon notable par l'enjeu de santé publique qu'est le CCU et son dépistage. L'objectif d'éradication du CCU promu par l'OMS et par les discours de santé publique témoignent d'une volonté d'une santé totale idéale. À travers la stratégie de dépistage organisé, il s'actualise une conception de l'humain sous-jacente au paradigme épidémiologique et au principe de prévention sous l'angle d'un modèle individuel déficitaire, partant du présupposé que, une fois correctement informées, les femmes iront se faire dépister. Pour autant, le constat est que cette stratégie se révèle peu efficace. Cela nous permet de souligner une limite importante du paradigme épidémiologique pour l'étude des comportements humains qui renvoie au primat de la prévision sur la compréhension (Peretti-Watel & Moatti, 2009). Une approche psychosociale de l'EG et du dépistage du CCU se révèle alors d'intérêt puisqu'elle permet d'opérer un déplacement des problématiques de santé publique par leur reformulation dans une approche contextuelle et compréhensive des phénomènes (Apostolidis & Dany, 2012), nous y reviendrons.

1.6.3 Les femmes comme groupe social à risque

Historiquement la gynécologie médicale s'est construite et légitimée sur la prévention des grossesses par la contraception et sur le dépistage des cancers gynécologiques. Cette logique préventive s'appuie et se renforce également au regard de l'avènement d'une « médecine de surveillance » et du principe de prévention prégnant dans nos sociétés occidentales contemporaines.

Il nous faut dès lors considérer quelques spécificités du suivi gynécologique. En comparaison à d'autres types de suivi médical, le suivi gynécologique a pour spécificité

de s'adresser à une seule catégorie de la population définie par son sexe biologique, et cela, dès la puberté. Il est aussi certainement l'unique type de suivi médical ne nécessitant pas de raisons médicales (*e.g.*, maladie, grossesse), et reposant sur la régularité des consultations. La sociologue et féministe Aurore Koechlin propose ainsi de nommer « norme gynécologique » le fait que ce suivi gynécologique repose « sur l'idée qu'un suivi spécifique, long et régulier, est nécessaire pour les femmes » (2022, p. 24), au croisement d'une logique préventive en matière de santé et de la norme contraceptive (Bajos & Ferrand, 2004). Le suivi gynécologique en gynécologie médicale s'inscrit donc dans une logique préventive en santé, qui s'articule notamment autour de la contraception et la prévention des grossesses, et des dépistages des cancers gynécologiques, à savoir le cancer du sein et le CCU.

Dans le cas de la gynécologie, plutôt qu'une conduite à risque c'est un groupe social entier qui est considéré comme à risque, les femmes, du fait de leurs corps et de leurs organes, et qui nécessitent alors un accompagnement médical de la puberté à la mort. En cela, la médicalisation s'articule à un processus de naturalisation du groupe social des femmes. Autrement dit, « le suivi semble s'expliquer par la nécessité d'un accompagnement médical de l'évolution biologique des corps. Il est ainsi naturalisé, au sens où il est perçu comme naturel et justifié par la nature même des corps qu'il accompagne, implicitement pathologiques et nécessitant donc une intervention humaine constante » (Koechlin, 2022b, p. 23). L'importance accordée à la prévention en gynécologie atteste de l'articulation du processus de médicalisation à celui de naturalisation : il n'est pas seulement question de traiter médicalement un phénomène social, mais de prévenir même les risques encourus par « la féminité » soit une vision naturaliste de ce qu'est être une femme (Vuille et al., 2006). Enfin, au regard des données épidémiologiques quant au CCU et son dépistage, le risque paraît varier en fonction de la place des femmes dans l'espace social. Au-delà d'être une femme, la « précarité » apparaît comme un facteur de vulnérabilité.

Bien que la médecine et la gynécologie participent en partie au projet d'émancipation des femmes (*e.g.*, accès aux techniques de reproduction : contraception, avortement), elles sont par là même un élément d'oppression, puisque ces disciplines structurent largement la liberté des femmes de disposer de leur corps, de leur sexualité ou de contrôler leurs capacités reproductrices (Ehrenreich & English,

1973; Vuille, 2016). En tant que spécialité médicale focalisée sur une catégorie de la population définie par son sexe biologique, la gynécologie « perpétue et renforce une asymétrie fondamentale dans la surveillance sociale et le traitement médical des classes de sexe » (Ruault, 2015, p. 35). En cela, les quelques travaux précédents en sciences sociales adoptant une perspective critique sur la gynécologie s'inscrivent dans l'étude de la médicalisation des corps des femmes par la consultation gynécologique (Guyard, 2008), ou la façon dont la norme gynécologique se met en place, se maintient, et ses effets sur les femmes et leur corps (Koechlin, 2022b). La gynécologie et la consultation gynécologique ont notamment fait l'objet d'un intérêt en sociologie et en psychologie de la santé au travers de son rôle (paradoxal) dans la socialisation et médicalisation de la sexualité (Guyard, 2010; Koechlin, 2022a; Ruault, 2015; Schweizer, 2017). Contraception, grossesse, dépistage régulier du CCU, mammographie de contrôle, etc., la consultation gynécologique vient rythmer la vie des femmes, indépendamment d'un problème de santé, et se poser comme une « instance efficace de codification » (Vuille, 2016, p. 283) de la féminité, de sa sexualité, de ses cycles et de ses âges (Guyard, 2010; Ruault, 2015). La présente thèse s'inscrit alors dans le prolongement de ces travaux, en s'intéressant plus particulièrement à l'EG et dépistage du CCU dans une approche psychosociale et féministe.

1.7 Remarques conclusives : sur la production sociale de l'ignorance liée à l'examen gynécologique

Bien que des mauvaises expériences passées de l'EG et une perception négative de cet examen soient soulignées par la littérature scientifique et pointées comme freins importants au recours au dépistage du CCU en France, ces savoirs ne sont que peu considérés par les acteurs et actrices institutionnelles et médicaux afin d'améliorer l'expérience de l'EG, et ainsi, le recours au dépistage du CCU. Nous avons vu par exemple, que le PNDO mis en place en 2018 visait à augmenter le recours au dépistage en jouant sur des freins liés au manque d'information et de connaissance et freins pratiques (Santé Publique France, 2022). Malgré une légère augmentation du taux de couverture du dépistage, ce dernier reste bien inférieur au seuil européen acceptable, questionnant les types de freins considérés. Par ailleurs, dans le contexte local à Marseille, Piana et al. (2007) concluent que ce type de stratégies de

communication pour le dépistage du CCU, notamment en contexte de précarité, s'avère inadapté.

Une épistémologie critique féministe nous permet de considérer comment les dynamiques sociales entre groupes façonnent la production des savoirs et de l'ignorance (Godrie & Dos Santos, 2017). Elle s'appuie sur l'idée que les savoirs, tout comme l'ignorance, sont produits de points de vue situés (Harding, 1993; Tuana, 2006) et critique une hiérarchie des positions sociales et savoirs au profit des groupes dominants dans le modèle positiviste de la science. Nous pouvons considérer un phénomène de production sociale de l'ignorance lié à l'EG se traduisant par un effet de sélection de certains savoirs disponibles (*e.g.*, Manque d'informations comme frein au recours au dépistage) au détriment d'autres savoirs (*e.g.*, Mauvaises expériences de l'EG) (Dedieu & Jouzel, 2015), par les acteurs et actrices du dépistage en France. Plus qu'une absence de savoirs, c'est précisément la dimension expérientielle de l'EG et les enjeux associés du point de vue des femmes qui sont mis de côté, délimitant ainsi l'autorité épistémique aux professionnel·le·s de santé (Carel & Kidd, 2014). En ce sens, l'ampleur du mouvement de dénonciation des violences obstétricales et gynécologiques en France peut manifester une forme d'ignorance « active » (Medina, 2013) des expériences et savoirs liés à l'EG des femmes par les instances médicales dominantes. Cette production sociale de l'ignorance permettrait d'éviter une certaine remise en question critique des pratiques et savoirs en gynécologie, préservant alors les systèmes d'injustice et d'oppression patriarcale et médicale.

Chapitre 2. L'examen gynécologique du point de vue des femmes et des professionnel·le·s : une revue systématique de la littérature

Le chapitre précédent a permis de souligner certains enjeux de la gynécologie et de la consultation gynécologique dans lequel s'inscrit la réalisation d'examen gynécologique (EG) et du dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU). L'objet de ce chapitre est d'étudier plus spécifiquement l'EG dont le dépistage du CCU du point de vue des femmes et des professionnel·le·s de la gynécologie au travers d'une revue systématique de la littérature[30]. Cette étude a constitué un des points de départ de ce travail de thèse.

2.1 Introduction

L'EG est considéré comme un élément crucial de la santé sexuelle et reproductive des femmes et concerne de nombreux professionnel·le·s de santé dans le monde. Cette pratique médicale de routine comprend plusieurs examens qui visent principalement à la prévention des IST et le dépistage des cancers gynécologiques pour les femmes asymptomatiques et non-enceintes. À cet égard, le CCU et son dépistage constituent un enjeu de santé public majeur. Bien qu'il soit considéré comme évitable et malgré la mise en œuvre de programmes nationaux de dépistage organisé dans de nombreux pays, le CCU reste le quatrième cancer le plus fréquent et l'une des principales causes de cancer chez les femmes au niveau mondial (OMS, 2017) (OMS, 2017). Parmi les freins au recours au dépistage dans les pays du Nord, des mauvaises expériences passées et une perception négative de l'EG sont largement soulignées (Bukowska-Durawa & Luszczynska, 2014; Chorley et al., 2017). L'ampleur et la récurrence des expériences négatives se reflètent dans le contexte français actuel avec l'émergence dans l'espace public d'un mouvement de dénonciation de violences gynécologiques et obstétricales depuis 2014-2015 (HCE, 2018). Au niveau international, les violences gynécologiques et obstétricales sont reconnues et

[30] Cette étude a donné lieu à la soumission d'un article dans la revue *Psicologia e Saber Social* : The gynecological examination from Women's and providers' perspectives: A systematic literature review. (Roussel et al., accepté pour publication)

condamnées, voire inscrites dans la loi en Amérique latine, depuis des décennies (Rozée & Schantz, 2022). Ces éléments soulignent l'importance de considérer les aspects relationnels avec les professionnel·le·s en gynécologie. Les perspectives des femmes et des praticien·ne·s sur l'EG devraient être systématiquement examinées afin de développer une conceptualisation théorique de cet examen et améliorer les pratiques des professionnel·le·s de santé.

La réalisation de l'examen nécessite aux patientes de se dénuder, entièrement ou partiellement et de se mettre en position gynécologique, soit de s'installer dans la chaise gynécologique avec les pieds dans les étriers, les jambes écartées, et exposées leurs parties génitales au/à la praticien·ne qui réalise l'examen. Cette situation semble être une expérience émotionnellement et physiquement signifiante pour les femmes. Des sentiments de gêne et de honte sont souvent décrits, notamment en raison de la nudité impliquée et de la connotation sexuelle de l'EG (Chorley et al., 2017). La nature de l'examen et les sentiments de gêne et de vulnérabilité qui y sont associés nous invitent à considérer cette situation médicale comme une situation hautement privée pour les femmes. Plusieurs recherches ont souligné le rôle fondamental joué par la qualité de la relation et de la communication avec les praticien·ne·s pour l'expérience des femmes de l'EG (Chorley et al., 2017; Janssen & Lagro-Janssen, 2012; Skär et al., 2020). Concernant les praticien·ne·s, quelques études soulignent la complexité de la gestion de l'intimité et de la sexualité dans cette situation médicale, qui semble liée à des facteurs socioculturels comme les représentations du genre ou de la sexualité (Galasiński & Ziolkowska, 2007; Guyard, 2002).

Malgré le grand nombre de revues systématiques existantes, elles restent à notre connaissance liées à la littérature scientifique sur le CCU et son dépistage du point de vue des femmes afin d'identifier les freins et les facilitateurs au recours au dépistage. Parmi celles-ci, certain·e·s se concentrent sur une population spécifique, comme les minorités ethniques (Chan & So, 2017), sur une localisation géographique particulière (Lim & Ojo, 2017) ou sur le contexte de programmes de dépistage organisé (Bukowska-Durawa & Luszczynska, 2014; Chorley et al., 2017). D'autres considèrent uniquement des études qualitatives (Chorley et al., 2017; Driscoll, 2016) ou quantitatives (Bukowska-Durawa & Luszczynska, 2014). Certaines revues portent sur

des facteurs spécifiques qui influencent le recours au dépistage, comme la violence conjugale (Leite et al., 2017), les connaissances en matière de santé (Kim & Han, 2016) et les facteurs contextuels (Plourde et al., 2016). Concernant les praticien·ne·s, leurs expériences et perceptions de l'EG semblent rarement au centre de l'attention, à l'heure où le milieu scientifique comme la population générale soulignent les dimensions relationnelles et sensibles de cette situation médicale. Il semble donc pertinent de proposer une revue systématique qui porte sur l'EG, dont le dépistage du CCU, du point de vue des femmes et des praticien·ne·s, et qui ne soit pas liée à un contexte particulier ou une méthodologie spécifique. L'examen s'inscrivant dans la relation soignant·e-soignée, il paraît utile d'investiguer les deux perspectives afin de comprendre les enjeux psychosociaux de l'EG. Les objectifs pour la présente revue sont les suivants:

(1) D'identifier comment la littérature scientifique étudie les perspectives des femmes et des professionnel·le·s de santé sur l'EG ;
(2) De reporter les principaux résultats et variables associées dans la littérature qui pourraient influencer les expériences et perceptions de l'EG pour les femmes et les professionnel·le·s ;
(3) D'explorer le rôle des facteurs psychosociaux qui peuvent être en jeu dans le contexte de l'EG.

2.2 Matériel et méthode

2.2.1 Stratégie de recherche

Une recherche booléenne a été réalisée en février 2019 à partir des bases de données PsycINFO et Medline. Les mots-clés suivants ont été utilisés pour désigner l'EG : "*gynecological examination*", "*vaginal examination*", "*pelvic examination*", "*vaginal smear*", "*smear test*", "*cervical cancer screening*", "*cervical screening*", "*Pap test*" ou "*Papanicolaou test*". Ils devaient être présents dans le titre. Ces mots-clés ont été choisis afin de couvrir plusieurs examens inclus dans l'EG, dont le dépistage du CCU. Concernant les expériences et les perspectives, les termes "*attitude**", "*belief*", "*perception*", "*barrier*", "*opinion*", "*experience*" ou "*representation*" ont été utilisés. Enfin, pour les personnes impliquées, les mots-clés suivants ont été utilisés : "*physician*", "*gynecologist*", "*provider*", "*practitioner*", "*professional*", "*woman*" et

"*patient*". Pour les deux derniers, les mots-clés devaient être présents dans le titre et/ou le résumé.

Cette revue systématique a été créée conformément aux recommandations PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, Moher et al., 2009).

2.2.2 Critères de sélection

Pour être inclues dans la revue, les études devaient :

(1) Être publiées en anglais ou en français ;

(2) Se référer exclusivement à l'EG réalisé par un·e praticien·ne (i.e., exclusion d'études portant sur l'auto-examen) ;

(3) Concerner une population de femmes sans CCU, hystérectomie ou autres conditions gynécologiques graves, et/ou une population de professionnel·le·s de santé ;

(4) Être une étude empirique.

Aucune limite pour l'année de publication n'a été appliquée. Les études évaluant l'impact de programmes d'intervention ont également été exclues de la revue.

2.2.3 Sélection des études

Le diagramme exposant le processus de sélection des études selon la méthode PRISMA est présenté en Figure 4. Les critères de sélection ont d'abord été appliqués au titre, puis au résumé et enfin à l'article intégral. La lecture des articles complets a conduit à l'exclusion d'études pour les principales raisons suivantes : non liées à l'EG, portant sur une population de femmes ayant un CCU ou une hystérectomie, inclusion d'hommes dans l'échantillon ou présentation de résultats pour à la fois le dépistage du cancer du sein et celui du CCU. Avec 12 articles inaccessibles (8.5%), cette procédure a conduit à l'inclusion de 130 références. Sur les 12 études inaccessibles, sept ont été publiées avant 2000 (58.3%) et réalisées majoritairement en Amérique du Nord (58.3%, n = 7). Toutes portaient sur le CCU et son dépistage.

2.2.4 Extraction des données des études sélectionnées

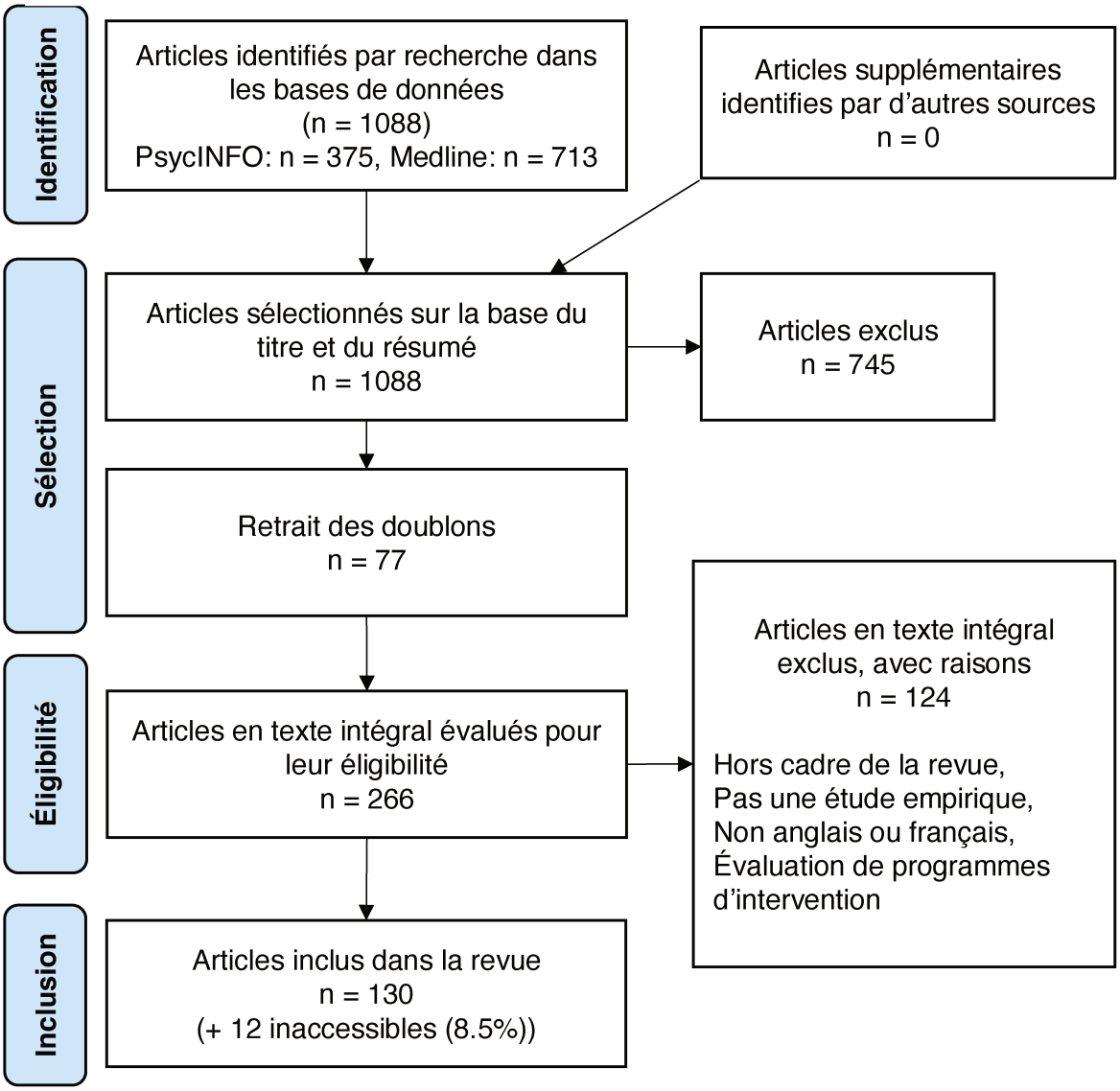
Les données extraites des articles inclus étaient les suivantes :

(1) Éléments descriptifs généraux : référence (nom du premier auteur et année de publication), discipline du premier auteur, pays, description du ou des échantillons, type d'étude et méthode, et cadre théorique.

(2) Principaux résultats de la perspective des femmes : les données relatives aux principales mesures et items utilisés dans les études quantitatives pour étudier les perspectives des femmes sur l'EG ont été extraites. Une analyse descriptive a été menée pour rendre compte des relations ou des différences de groupe observées entre les items précédemment identifiés et les variables considérées par les auteur·rice·s. Concernant les résultats qualitatifs, une synthèse des éléments les plus saillants ou fréquents est présentée. Les aspects liés au CCU ou aux problèmes de santé n'ont pas été extraits.

(3) Principaux résultats de la perspective des professionnel·le·s : les données liées aux mesures utilisés pour étudier leurs perspectives de l'EG ont été extraites. Des données reflétant leur perception du point de vue des femmes sur l'EG ont également été extraites. Nous avons effectué une analyse descriptive pour les résultats quantitatifs et une synthèse pour les résultats qualitatifs.

Figure 4
Diagramme du processus de sélection des études selon la méthode PRISMA



2.3 Résultats

2.3.1 Caractéristiques des études

Les principales caractéristiques des 130 références inclues sont disponibles en Annexe 3. Les études sélectionnées ont été publiées entre 1987 et 2018, avec 87.7 % publiées en 2000 ou après (n = 108) et 12.3% (n = 16) avant cette date. Avec cinq articles pour lesquels le domaine de l'auteur·rice principal·e n'était pas indiqué, ils étaient majoritairement liés aux sciences médicales (60.8% ; n = 79), comme la santé publique ou la gynécologie. 20.8% des références concernaient les sciences

infirmières (n = 27) et 14.6% les sciences sociales (n = 19), dont huit études en psychologie. Seulement 12 articles (9.2%) n'étaient pas liés au contexte du CCU et de son dépistage.

2.3.1.1 Contexte et population

Les 130 études ont été réalisées dans 38 pays différents. Concernant le contexte continental, une majorité a été réalisée en Amérique du Nord (42.3% ; n = 55) dont 69.1% aux États-Unis (n = 38) et 16.4% au Canada (n = 9). 20.8 % des études ont été réalisées en Europe (n = 27), 16.2 % en Asie, 11.5 % en Afrique, 6.2 % en Océanie et 3.1 % en Amérique du Sud.

Pour les caractéristiques des populations étudiées, 113 études (86.9%) incluaient exclusivement des femmes ayant recours ou non au dépistage du CCU, 12 incluaient exclusivement des professionnel·le·s de santé (9.2%), trois concernaient à la fois des femmes et des professionnel·le·s de santé (2.3%) et deux études faisaient référence à des femmes et des informateurs clés (1.5%). Pour les études incluant des femmes, 31.7% concernaient des minorités ethniques (n = 40) et 2.4% des minorités sexuelles (n = 3), comme les femmes lesbiennes, bisexuelles ou queer. Quatre études portaient sur des femmes plus âgées ou d'âge moyen (3.2%) et trois faisaient référence à des adolescentes ou des jeunes femmes (2.4%). D'autres articles concernaient des femmes séropositives (2.4%), des femmes ayant des antécédents d'abus sexuels ou de traumatismes interpersonnels (2.4%), des femmes ayant des troubles d'apprentissage, des femmes incarcérées, des femmes mariées, des femmes musulmanes et chrétiennes, des femmes vivant dans des zones socialement défavorisées, et des femmes à faible revenu et sans assurance maladie. Parmi les 15 références concernant les professionnel·le·s de santé, deux concernaient des étudiant·e·s en médecine.

2.3.1.2 Cadre théorique et méthode

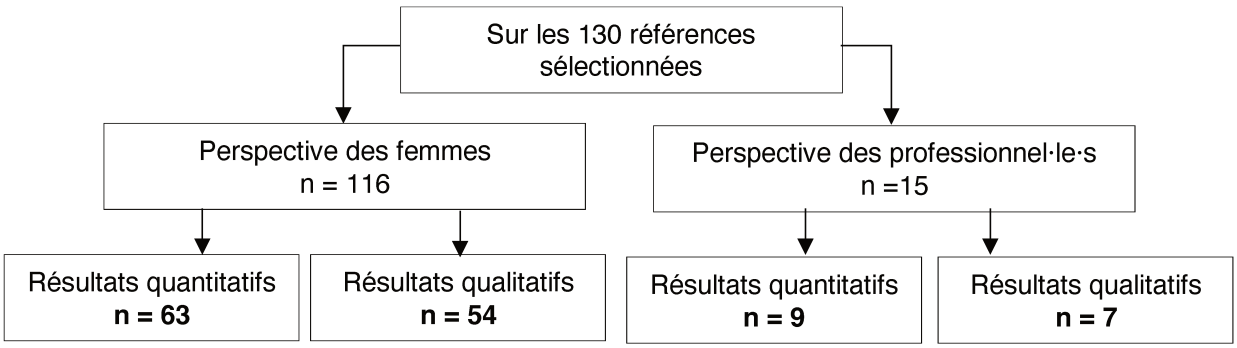
Pour le cadre théorique et conceptuel, 71.5 % des études (n = 93) n'en rapportaient aucun. Pour les autres, les études se référaient majoritairement au *Health Belief Model* (Becker, 1974) (12.3 % ; n = 16), quatre au modèle PRECEDE-PROCEED (3.1 %) (Green & Kreuter, 1991), deux au modèle transthéorique du changement (1.5%) (Prochaska et al., 2015) et deux au modèle d'interaction du

comportement du client (Cox, 1982). Quatre études faisaient également référence à des théories féministes (3.1%) (*e.g.*, Code, 1991; Collins, 2000; Hook, 1981)

Concernant la démarche méthodologique, 53.8% des études ont utilisé une approche quantitative (n = 70) et 43.1% une approche qualitative (n = 56), dont 33 utilisant des entretiens individuels (58.9%), 19 focus groupes (33.9%) et quatre ont combinés entretiens et groupes de discussion (7.1 %). Quatre études ont employé une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives (3.1%), dont trois études utilisant des questionnaires et des focus groupes, et une avec un questionnaire et des entretiens.

La Figure 5 présente la répartition du nombre d'articles inclus dans les résultats quantitatifs et qualitatifs du point de vue des femmes et des professionnel·le·s de santé.

Figure 5
Répartition des articles sélectionnées



2.3.2 De la perspective des femmes sur l'examen gynécologique

2.3.2.1 Résultats quantitatifs

2.3.2.1.1 Principales mesures et items utilisés pour étudier la perspective des femmes

Sur les 63 études quantitatives analysées, les items utilisés pour mesurer la perspective des femmes étaient inclus pour 90.4% (n = 57) dans des échelles liées au CCU et aux freins potentiels au recours au dépistage. Ces échelles étaient principalement développées sur la base d'un cadre théorique (*e.g.*, *Health Belief Model*, le modèle PRECEDE-PROCEED) et/ou sur la base de recherches qualitatives

antérieures.

Les items utilisés dans la littérature pour aborder la perspective des femmes sur l'EG ont été regroupés en 43 thèmes. Pour synthétiser les données, nous avons regroupé ces thèmes en six catégories qui sont présentées dans le Tableau 1 ci-dessous selon leur rang d'apparition.

La première catégorie d'items fait référence aux aspects émotionnels ou aux expériences concernant l'EG (96.8% ; n = 61). Les items les plus utilisés étaient la gêne liée à l'EG (76.2% ; n = 48), dont le fait de trouver l'EG bouleversant, dégradant ou comme une atteinte à l'intimité, et la douleur ou l'inconfort lié à l'examen (76.2% ; n = 48). Seuls deux articles ont utilisé des items reflétant des expériences ou des sentiments positifs, comme la satisfaction, des procédures respectueuses ou un sentiment de détente.

La deuxième catégorie d'items renvoie à des freins pratiques et environnementaux au dépistage du CCU (56.1% ; n = 41).

La troisième catégorie fait référence aux points de vue des femmes sur les professionnel·le·s de la santé et les services de santé (46% ; n = 29). Les préférences pour des praticiennes femmes ou l'inconfort envers des praticiens hommes ont été mesurés dans 15 études (23.8%). Trois études ont examiné les compétences relationnelles des professionnel·le·s (*e.g.*, le sentiment des femmes à pouvoir poser des questions) et deux études ont étudié les compétences pendant l'EG, comme aider les femmes à se détendre.

La quatrième catégorie d'items concerne les croyances sur l'EG en relation avec la sexualité et les caractéristiques sociodémographiques (31.7% ; n = 20). Tous les articles s'inscrivent dans le contexte du dépistage du CCU. La stigmatisation sociale a été mesurée dans cinq études (7.9%), considérant que si une femme jeune et/ou célibataire se rend chez le gynécologue, elle sera catégorisée négativement comme sexuellement active par les autres.

La cinquième catégorie fait référence aux influences sociales sur la participation au dépistage du CCU (23.8% ; n = 15). Le thème le plus récurrent était la désapprobation du conjoint, surtout si le praticien est un homme (19% ; n = 12).

Enfin, la sixième catégorie regroupait divers thèmes (22.2% ; n = 14) liés aux freins au recours au dépistage du CCU.

Tableau 1
Fréquence des items utilités dans la littérature pour étudier l'EG

Catégorie d'items relatifs à …	N (% des 63 articles)
1. Expériences et aspects émotionnels de l'EG	**61 (96.8)**
Gêne	48 (76.2)
Douleur, inconfort	47 (74.2)
Anxiété, peur	16 (25.4)
Expériences passées (positive ou négative)	7 (11.1)
Préoccupations concernant les effets secondaires de l'EG	5 (7.9)
Préoccupations concernant la sécurité	4 (6.3)
Inconfort spécifique à la position de l'EG	3 (4.8)
Inconfort, peur spécifique au spéculum	2 (3.2)
Sentiments positifs sur l'EG	2 (3.2)
Préoccupations concernant son propre corps	2 (3.2)
Pas d'avis sur l'EG	1 (1.6)
2. Barrières pratiques et environnementales	**41 (65.1)**
Prix	28 (44.4)
Ne pas savoir où aller	21 (33.3)
Manque de temps	14 (22.2)
Transport, difficultés d'accès au service de santé	13 (20.6)
Manque de connaissance	10 (15.9)
Autres obligations	8 (12.7)
Commodité de l'heure du rendez-vous	8 (12.7)
Difficulté à programmer un rendez-vous	5 (7.9)
Barrière de la langue	4 (6.3)
3. Les professionnel·le·s et les services de santé	**29 (46)**
Préférence pour le genre	15 (23.8)
Suggestion de l'examen par le/la praticien·ne	11 (17.5)
Attitude négative perçue des praticien·ne·s envers les femmes (e.g., brusque)	4 (6.3)
Préférence pour le statut	3 (4.8)
Compétences relationnelles	3 (4.8)
Perception des services de santé	3 (4.8)
Compétences pendant l'examen	2 (3.2)
Satisfaction	1 (1,6)
Crainte que les praticien·ne·s décèlent les pratiques sexuelles ou la virginité	1 (1,6)
4. Croyances selon la sexualité et les caractéristiques socio-démographiques	**20 (31.7)**
L'examen porte atteinte à la virginité	6 (9.5)
Activité sexuelle (en l'absence, ne nécessite pas d'examen)	6 (9.5)
Les enfants (en l'absence, ne nécessite pas d'examen)	6 (9.5)

Stigmatisation sociale pour les femmes jeunes et/ou célibataires	5 (7.9)
Pas nécessaire pour les femmes ménopausées	4 (6.3)
Âge (trop jeune/trop âgée pour un examen)	3 (4.8)
Situation matrimoniale	2 (3.2)
5. Influence sociale	**15 (23.8)**
Désapprobation, découragement du partenaire	12 (19)
Recommandations d'autrui (famille, amies)	4 (6.3)
Connaissance de femmes ayant recours à l'EG	3 (4.8)
6. Autres	**14 (22.2)**
Autres raisons	8 (12.7)
Négligence	4 (6.3)
Pas de raisons	2 (3.2)
Inutile	2 (3.2)

2.3.2.1.2 Variables associées au point de vue des femmes sur l'examen gynécologique

Sur les 63 articles, 24 (38.1%) ont réalisé et décrit des analyses statistiques portant sur des relations entre les précédents items et des variables associées. Le Tableau 2 présente la fréquence des articles évaluant les relations entre les six catégories d'items établies précédemment et les variables associées. Parmi les variables associées, 23 articles ont étudié les caractéristiques des participantes, une étude a inclus des variables liées aux professionnel·le·s de santé et une étude a évalué les relations entre des items et les différentes étapes du modèle transthéorique.

(1) Aspects émotionnels ou expériences concernant l'EG. La variable la plus étudiée était le statut de dépistage (n = 13), faisant référence aux femmes qui avaient déjà/régulièrement ou jamais/rarement participé à un dépistage du CCU. Aucun résultat cohérent concernant la gêne (n = 13) ou la douleur associée à l'examen (n = 10) n'a été relevé. Aucune des caractéristiques sociodémographiques n'a montré de relation systématique significative avec les items. Pour les variables liées à la sexualité, le niveau de douleur lors des rapports sexuels était positivement et significativement associé à la douleur et à l'anxiété concernant l'EG (n = 1). L'absence d'activité sexuelle semble être significativement associée à une plus grande anxiété face à l'EG et à une évaluation plus négative des expériences passées (n = 1). La présence d'un syndrome de stress post-traumatique (n = 2) et d'un contact émotionnel négatif avec le/la praticien·ne (n = 1) étaient significativement associés au niveau d'inconfort lors de l'EG.

(2) Barrières pratiques et environnementales. La variable la plus étudiée était le statut de dépistage, qui ne montrait aucune relation systématique significative. L'absence d'activité sexuelle était significativement associée à une plus grande préoccupation concernant le coût (n = 1) et le manque de temps dû au travail (n = 1).

(3) Professionnel·le·s de santé et services de santé. Les femmes non dépistées ont reporté plus de difficultés à parler avec le/la praticien·ne que celles dépistées (n = 2). Les femmes dépistées ont significativement davantage déclaré qu'un·e professionnel·le de santé avait recommandé l'examen que les femmes non dépistées (n = 2). Concernant les préférences pour le genre des praticien·ne·s, aucun résultat cohérent n'a été trouvé (n = 2).

(4) Croyances selon la sexualité ou les caractéristiques socio-démographiques. Les seules relations significatives trouvées étaient entre le statut de dépistage et la croyance selon laquelle seules les femmes mariées devraient réaliser un test de dépistage (n = 1) ou que ce test était réservé aux femmes sexuellement actives (n = 1).

(5) Influence sociale. Les femmes dépistées ont déclaré en plus grand nombre que l'examen avait été recommandé par d'autres (i.e., famille, amies) que les femmes non dépistées (n = 2). Sur quatre études, trois ont révélé une relation significative entre le statut de dépistage et la désapprobation du conjoint : les femmes non dépistées reportant davantage de désapprobation de la part de leur partenaire.

(6) Autres. Une seule étude a montré une différence significative entre les groupes ethniques, où les femmes noires reportaient davantage d'autres problèmes de santé comme frein au dépistage que les femmes blanches ou hispaniques.

Tableau 2

Fréquence des études évaluant des relations entre des catégories d'items et des variables associées

Catégorie d'items	**1** Aspects émotionnels et expériences	**2** Barrières pratiques et environnementales	**3** Professionnel·le·s et services de santé	**4** Croyances	**5** Influence sociale	**6** Autres	**Total**
Variables	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Total	24 (100)	14 (56)	10 (40)	7 (28)	7 (28)	1 (4.2)	
Caractéristiques des femmes							
Statut de dépistage	13 (54.2)	9 (37.5)	7 (29.5)	5 (20,8)	6 (25)	-	13 (54.2)
Socio-démographiques					-		9 (37.5)
Âge	6 (25)	3 (12.5)	2 (8.3)	2 (8.3)		-	6 (25)
Origine ethnique	4 (16.7)	3 (12.5)	1 (4.2)	1 (4.2)		1 (4.2)	5 (20,8)
Statut relationnel	3 (12.5)	2 (8.3)	1 (4.2)	-		-	4 (16.7)
Statut d'emploi	3 (12.5)	1 (4.2)	1 (4.2)	-		-	3 (12,5)
Niveau d'éducation	1 (4.2)	1 (4.2)	1 (4.2)	-		-	3 (12.5)
Statut d'assurance maladie	2 (8.3)	1 (4.2)	1 (4.2)	-		-	3 (12.5)
Religion	1 (4.2)	1 (4.2)	1 (4.2)	-		-	1 (4.2)
Niveau de revenu	1 (4.2)	-	-	-		-	1 (4.2)
Nombre d'enfant à la maison	1 (4.2)	-	-	-		-	1 (4.2)
Nombre de naissance	1 (4.2)	-	-	-		-	1 (4.2)
Syndrome de stress post-traumatique et/ou antécédents d'abus sexuels	2 (8.3)	-	-	-	-	-	2 (8.3)
Sexualité				-	-	-	2 (8.3)
Douleur durant les rapports	1 (4.2)	-	-				1 (4.2)
Activité sexuelle	1 (4.2)	1 (4.2)	1 (4.2)				1 (4.2)
Intentions	1 (4.2)	-	-	-	-	-	1 (4.2)
Dernière expérience	1 (4.2)	-	-	-	-	-	1 (4.2)
Étape du modèle transthéorique	1 (4.2)	1 (4.2)	1 (4.2)	1 (4.2)	1 (4.2)	-	1 (4.2)
Caractéristiques des praticien·ne·s		-	-	-	-	-	1 (4.2)
Statut	1 (4.2)						1 (4.2)
Genre	1 (4.2)						1 (4.2)
Contact émotionnel négatif avec le/la praticien·ne	1 (4.2)						1 (4.2)

2.3.2.2 Résultats qualitatifs

Sur les 54 articles utilisant des méthodes qualitatives, 94.4% (n = 51) sont relatifs au CCU et à son dépistage. Lorsqu'il est demandé aux femmes de s'exprimer sur leurs expériences de l'EG ou sur les freins et facilitateurs perçus au recours au dépistage, cinq catégories interconnectées émergent : (1) l'EG en tant qu'expérience émotionnelle et physique, (2) l'importance des professionnel·le·s de santé, (3) les freins pratiques et environnementaux, (4) les influences sociales et (5) les facteurs socioculturels. Ces cinq catégories sont décrites ci-dessous selon leur fréquence d'apparition.

(1) L'examen gynécologique comme une expérience émotionnelle et physique. Dans tous les articles, les femmes rapportaient une perception négative et des expériences négatives de l'EG. Un éventail d'émotions négatives liées à l'EG sont décrits, comme la gêne, la peur, la vulnérabilité ou la honte, notamment en ce qui concerne la nudité et l'exposition des organes génitaux. Certaines conditions physiques semblent accentuer le sentiment de gêne et de honte face à l'exposition du corps, en particulier pour les femmes ayant subi des mutilations génitales ou celles séropositives. La connotation sexuelle de l'examen est soulignée. L'EG semble être considéré comme une atteinte à la vie privée, tant sur le plan émotionnel que physique. Pour certaines, l'EG est considéré comme un événement humiliant et dégradant en raison de la perte de contrôle ou de dignité, et peut être associée au sentiment d'être violée. Certaines femmes ayant subi des abus sexuels ont déclaré que l'examen pouvait déclencher des souvenirs intrusifs des abus passés. Même si désagréables, certaines rapportaient des expériences positives, dans lesquelles l'inconfort est compensé par la nécessité de l'examen, vécu comme rassurant. Les préoccupations concernant la douleur ou la douleur ressentie sont largement partagées par les femmes, le spéculum étant considéré comme un instrument douloureux. Certaines ont fait part d'effets secondaires suite à l'EG, comme des saignements ou des douleurs persistantes. La douleur ou l'inconfort que l'examen peut produire semble contribuer aux réponses émotionnelles.

(2) Importance des professionnel·le·s de santé. Le genre des professionnel·le·s paraît être une préoccupation fréquente pour les femmes. La gêne était pour certaines accentuée lorsque le praticien est un homme. Les femmes exprimaient pour la plupart

une préférence pour les praticiennes femmes, les percevant comme plus compréhensives et sensibles que les hommes. En outre, les femmes issues de minorités ethniques ou sexuelles ont tendance à préférer les professionnel·le·s avec lesquel·le·s elles partagent des caractéristiques communes telles que l'origine ethnique ou l'orientation sexuelle. Bien que le genre des praticien·ne·s soit une question fréquente, l'expérience de l'EG semble reposer principalement sur la qualité de la communication et de la relation avec le/la professionnel·le. Les expériences négatives sont associées à un manque d'explications et d'informations sur le déroulé de l'examen et à l'incapacité de poser des questions. Une attitude sensible, bienveillante et sans jugement envers les femmes est valorisée. La normalisation de l'examen par le/la professionnel était largement désapprouvée. Les compétences pratiques et techniques permettant de minimiser la douleur et l'inconfort sont plus rarement mentionnées. Certaines femmes exprimaient des inquiétudes quant au comportement des praticien·ne·s, comme la peur d'être agressées, notamment par un praticien homme.

(3) Freins pratiques et environnementaux. Cette catégorie reflète les freins à la participation au dépistage du CCU, tels que le coût du test, le manque de temps et d'autres obligations (famille, travail), la difficulté d'obtenir un rendez-vous ou l'absence de couverture maladie.

(4) Influences sociales. Les expériences partagées par d'autres femmes concernant l'EG et les recommandations de la famille ou des amies ont tendance à influencer la volonté de recours au dépistage du CCU. La nécessité de l'approbation du conjoint est rarement mentionnée.

(5) Facteurs socioculturels. Le tabou de la sexualité dans les relations médicales est soulevé comme problématique par certaines femmes. En conséquence, la culture et les normes sociales concernant la nudité et les organes génitaux féminins semblent contribuer à l'expérience ou à la perception de l'EG, notamment en ce qui concerne la gêne et la honte. L'influence de différents contextes culturels selon divers groupes ethniques en matière de pudeur est parfois mentionnée par les femmes. Certaines femmes ont fait part de leur crainte d'être stigmatisées comme sexuellement actives par leurs proches si elles ont recours à l'EG. Enfin, les minorités sexuelles

déclarent être confrontées à de l'hétérosexisme et de l'hétéronormativité dans la situation médicale.

2.3.3 De la perspective des professionnel·le·s de santé sur l'examen gynécologique

2.3.3.1 Résultats quantitatifs

Sur les neuf études analysées ici, six (66.6%) concernaient différents types de professionnel·le·s de santé et comprennaient une évaluation de leurs raisons de ne pas effectuer de dépistage du CCU (n = 5), et/ou leur perception des expériences ou freins des femmes au recours au dépistage du CCU (n = 4). Les trois derniers se concentraient uniquement sur des médecins et la manière dont ils/elles pratiquent l'EG.

2.3.3.1.1 Principales mesures et items utilisés pour étudier les raisons pour lesquelles les praticien·ne·s ne proposent pas de dépistage du CCU

Le sentiment de confiance ou de compétence dans la réalisation de l'examen de dépistage a été mesuré dans quatre études (66.6 %), dont une spécifiquement axée sur la réalisation d'EG sur des femmes ayant été agressées sexuellement pendant l'enfance. Les préoccupations concernant le statut des praticien·ne·s effectuant l'examen ont été mesurées dans deux études (40%). Deux études ont inclus des éléments liés à des problèmes pratiques (*e.g.*, remboursement insuffisant du test ou manque de temps lors de la consultation).

2.3.3.1.2 Principales mesures et éléments utilisés pour étudier les perceptions des praticien·ne·s des expériences des femmes

La perception des professionnel·le·s quant aux préférences des femmes pour les praticiennes femmes a été mesurée dans trois études (75%). Trois articles ont inclus des items liés à des aspects émotionnels ou physiques liés à l'EG, comme la gêne ou la peur de la douleur. Les éléments liés aux freins pratiques sont présents dans deux références (50 %). Enfin, un article a inclus un item lié à la perception des besoins des femmes en matière d'approbation du partenaire.

2.3.3.1.3 Variables associées aux perspectives des praticien·ne·s sur l'examen gynécologique

Sur les six études précédentes, trois ont conduit des analyses statistiques des relations entre les items et les variables associées. La fréquence du dépistage du CCU

est associée négativement et significativement à la perception du praticien quant à la préférence des femmes pour des praticiennes femmes (n = 2), au refus des femmes de se faire examiner pour des raisons de pudeur (n = 2) et à des facteurs pratiques (n = 2). L'examen de dépistage parmi les médecins de premier recours est associé de manière significative et négative à la conviction que l'examen est mieux réalisé par des gynécologues (n = 1). Les praticiennes femmes étaient significativement plus susceptibles de reporter la peur de la douleur comme un frein pour les femmes, tandis que les praticiens hommes étaient plus susceptibles d'évoquer un manque de connaissances des patientes (n = 1).

2.3.3.1.4 Examens gynécologiques effectués par des médecins

Parmi les trois études portant sur les médecins, Chen et al. (2009) ont montré des différences significatives entre l'évaluation de l'importance de certaines procédures liées à l'EG par les médecins et leurs pratiques effectives, évaluées par des infirmières. Les procédures présentant un écart significatif étaient notamment liées aux aspects affectifs (*e.g.*, prendre en compte le confort ou l'anxiété des femmes, demander et obtenir le consentement), alors qu'aucune différence significative est trouvée pour les comportements procéduraux (*e.g.*, habilité technique, donner des informations). Cooper & Saraiya (2014) ont mis en avant une relation positive et significative entre les expériences des patientes adolescentes lors de l'examen pelvien et l'évaluation des expériences des patientes par les femmes médecins, mais pas pour les praticiens hommes. Les femmes médecins ont tendance à baser leur évaluation de la qualité des relations avec leurs patients sur leurs réactions émotionnelles (*e.g.*, gêne, anxiété), tandis que les hommes médecins semblaient s'appuyer sur les aspects physiques (*e.g.*, expression de douleur). En évaluant la réticence de praticien·ne·s à effectuer un examen pelvien en fonction des caractéristiques des femmes (*e.g.*, apparence physique, âge, réticence à se faire examiner), Adams et al. (1993) ont constaté que les médecins plus jeunes étaient significativement plus réticent·e·s à examiner des patientes considérées comme obèses que les médecins d'âge moyen ou plus âgés. Pour le groupe plus âgé, les femmes médecins étaient significativement moins réticentes à examiner des patientes très réticentes que les hommes médecins.

2.3.3.2 Résultats qualitatifs

Parmi les sept études analysées, trois font référence à la perception qu'ont les professionnel·le·s de santé ou les étudiant·e·s des freins à la participation des femmes au dépistage régulier. Parmi les freins perçus, les barrières pratiques ou environnementales sont les plus reportées, suivies par les préoccupations concernant le genre du/de la praticien·ne et la timidité des femmes. Les éléments moins fréquents étaient l'inquiétude concernant la douleur ou les effets secondaires possibles de l'EG.

Quatre articles étaient davantage axés sur le point de vue des professionnel·le·s ou des étudiant·e·s de l'EG. En se concentrant sur les expériences des professionnel·le·s de santé concernant le dépistage du CCU chez les femmes immigrées, des difficultés organisationnelles et des barrières linguistiques ont été soulignées. Pour certain·e·s, les femmes immigrées ont tendance à exprimer davantage de douleur pendant l'EG, ce qu'ils/elles attribuaient à des raisons culturelles. Les praticiens hommes percevaient que les femmes immigrées préféraient davantage des praticiennes femmes en comparaison à des femmes non immigrées (Møen et al., 2018). Chen et al. (2008) ont montré comment la position particulière de la patiente et les gestes du praticien étaient porteur d'une connotation sexuelle, notamment pour les médecins hommes. Ces derniers utilisaient différentes stratégies pendant l'EG (*e.g.*, utilisation d'un rideau, présence d'une infirmière, utilisation d'une communication verbale minimale) afin de diminuer la gêne entre le médecin et la patiente et désexualiser la situation. Sörensdotter & Siwe (2016) ont souligné l'influence du genre et des normes sexuelles sur les premières expériences d'examen pelvien des étudiant·e·s en médecine. Réaliser le premier examen pelvien semble être une expérience inconfortable notamment en raison de sa connotation sexuelle et intime liées aux conceptions culturelles sur les organes génitaux féminins. Le processus d'apprentissage impliquerait non seulement l'acquisition de techniques, mais aussi la manière de désexualiser la situation et de surmonter le sentiment d'intimité. Concernant la prise en charge de femmes abusées sexuellement durant l'enfance lors de la réalisation d'EG, des infirmières ont exprimé le sentiment que l'examen pourrait induire de la détresse et de l'anxiété chez ces femmes (Walker & Allan, 2014). Elles ont décrit comment elles s'appuyaient sur des signaux verbaux et non verbaux ou sur leurs propres sentiments pendant l'examen pour évaluer la

détresse des femmes. En raison de sa nature invasive, certaines ont fait part de leur anxiété à l'idée de déclencher des souvenirs, surtout si on leur demandait des informations sur les violences sexuelles lors de la consultation.

2.4 Discussion

Cette revue systématique de la littérature visait à examiner les perspectives des femmes et des professionnel·le·s sur l'EG pour identifier comment la littérature scientifique étudie cette pratique et pour reporter les principaux résultats et variables associées. Par une recherche informatisée à partir de PsycINFO et Medline, 130 références ont été inclues conformément aux critères de sélection.

2.4.1 Limites de l'étude de l'examen gynécologique dans la littérature

Cette revue systématique de la littérature nous permet de souligner plusieurs limites dans l'étude de l'EG du point de vue des femmes et des professionnel·le·s. Avec la plupart des études qui s'inscrivent dans le contexte du CCU et son dépistage (98%), leur objectif est principalement d'identifier les freins et facilitateurs des femmes pour le recours au dépistage. En tant qu'objet de recherche, l'EG est principalement considéré en termes de dépistage du CCU. Cela peut être le reflet de l'enjeu de santé publique majeur qu'est le CCU dans le monde, et le fait que la majorité des premiers auteurs et autrices des articles sélectionnés appartiennent au domaine des sciences médicales. Par ailleurs, nous avons souligné le manque de cadre théorique conceptuel, avec seulement 37 études (28.5%) se référant à un cadre théorique. Parmi celles-ci, presque la moitié se réfère au *Health Belief Model*, un modèle développé et appliqué pour expliquer et prédire l'implication des individu·e·s dans une grande variété d'actions liées à la santé (Janz & Becker, 1984). Toutefois, les références à ce modèle visent principalement le développement de questionnaires quantitatifs visant l'identification des freins et facilitateurs au recours au dépistage du CCU. Ces études restent principalement descriptives. Enfin, alors que cette revue et des précédentes recherches mettent en avant le rôle crucial des professionnel·le·s dans l'expérience de l'EG pour les femmes (Chorley et al., 2017; Janssen & Lagro-Janssen, 2012; Skär et al., 2020), leur perspective est rarement investigué dans la littérature.

L'EG, dont le dépistage du CCU paraît ainsi principalement étudier du point de

vue des femmes et dans une approche épidémiologique visant l'idenfication de freins et facilitateurs au dépistage du CCU. Toutefois, comme nous l'avons évoqué dans le chapitre précédent, une limite importante du paradigme épidémiologique pour l'étude des comportements humains renvoie au primat de la prévision sur la compréhension (Peretti-Watel & Moatti, 2009). Le développement d'une approche théorique de l'EG paraît nécessaire pour appréhender les processus psychosociaux impliqué dans la relation soignant·e-soignée dans ce contexte. Par ailleurs, l'étude de la perspective des professionnel·le·s et son croisement avec celle des femmes sont importants à considérer pour approfondir notre compréhension de cette situation et améliorer les soins en gynécologie.

2.4.2 Limites

Pour des raisons pratiques de faisabilité, cette revue a été réalisée à partir de deux bases de données seulement, limitant ainsi l'accès à d'autres travaux possibles. Nous nous sommes également limités aux articles en français ou en anglais, en excluant éventuellement d'autres références pertinentes. Le fait que nous n'ayons trouvé aucune étude publiée en français peut souligner un besoin de recherche dans ce contexte, notamment au regard du contexte français actuel caractérisé par un mouvement de dénonciation de violences gynécologiques et obstétricales.

Enfin, le choix a été fait d'aborder cette situation médicale au travers de l'EG. Les mots-clés utilisés pour la recherche informatique faisaient exclusivement référence à différentes examens inclus dans l'EG, y compris le dépistage du CCU. Ainsi, les travaux portant sur d'autres aspects de la consultation gynécologique (*e.g.*, la contraception), ou plus largement sur la consultation gynécologique, n'ont pas été inclus. Il pourrait être intéressant d'élargir cette revue systématique de la littérature à d'autres aspects de la consultation gynécologique, comme la contraception ou la manière dont les patientes et les professionnel·le·s parlent de la sexualité dans cette situation médicale.

2.4.3 Enjeux psychosociaux de l'examen gynécologique

L'EG apparaît comme une expérience émotionnellement et physiquement signifiante pour les femmes, avec des sentiments de gêne et de honte souvent décrits. Les perceptions et expériences négatives reportées ici sont cohérentes avec des

revues de littérature antérieures portant sur le dépistage du CCU (*e.g.*, Chorley et al., 2017). Les expériences et perspectives des femmes quant à l'EG semblent être influencées par une variété de facteurs comme l'activité sexuelle, les caractéristiques des professionnel·le·s, la qualité de la relation, le tabou de la sexualité, ou encore les normes sociales vis-à-vis de la nudité. Du côté des professionnel·le·s, bien qu'il y ait peu d'études, les résultats attestent également de l'influence de divers facteurs sur les expériences et pratiques de l'EG comme les caractéristiques des femmes (*e.g.*, ethnicité, apparence physique), le genre du/de la praticien·ne, ou les représentations de la sexualité et du genre.

Un enjeu important pour les femmes est la qualité de la relation et de la communication avec les professionnel·le·s, quel que soit le genre de ces dernier·ère·s. Il en reste que les professionnelles femmes semblent être perçues comme plus sensibles et compréhensives que les hommes. Dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique, lorsque les patientes expriment une préférence pour les praticiennes femmes, cela serait principalement dû à leur utilisation d'un style de communication plus affectif et centré sur les patientes par rapport praticiens hommes (Janssen & Lagro-Janssen, 2012). L'importance accordée à la qualité de la relation et de la communication avec les professionnel·le·s tout au long de l'EG pourrait être encore plus importante en raison d'un différentiel de pouvoir accentué, puisque la patiente est déshabillée, passive et expose ses organes génitaux à un·e praticien·ne habillé·e et actif·ve, qui effectue l'examen (Sörensdotter & Siwe, 2016). Cela peut se révéler à travers les sentiments de vulnérabilité ou de perte de contrôle ou de dignité que les femmes peuvent décrire. Néanmoins la quasi-absence d'investigation sur ces aspects interpersonnels et communicationnels du point de vue des professionnel·le·s a été constatée, soulignant la nécessité de les explorer.

De plus, l'EG apparaît comme une situation éminemment sociale du fait de l'actualisation d'enjeux liés à la sexualité et l'intime pour à la fois les femmes et les professionnel·le·s. Quand elles sont investiguées, les normes sociales liées à la nudité, les représentations de la sexualité ou les rapports sociaux de genre paraissent influencer les expériences des femmes et des professionnel·le·s. La connotation sexuelle de l'EG a été soulevée du point de vue des femmes et semble contribuer à leurs sentiments et expériences négatifs (*e.g.*, gêne, vulnérabilité, invasion de l'intimité

physique et émotionnel). Quelques recherches ont également pointé la connotation sexuelle lorsqu'il s'agit de réaliser l'EG pour les professionnel·le·s, nécessitant alors la mise en place de stratégies pour désexualiser la situation et dépasser le sentiment d'intimité. L'émergence de la sexualité et de l'intimité dans des situations médicales a déjà pu faire l'objet d'étude dans d'autres contextes de soins médicaux, non directement liés aux problématiques gynécologiques (Moulin et al., 2018). Dans ces situations, les professionnel·le·s de santé s'appuyaient sur des représentations de la sexualité issues des normes sociales et des valeurs de leur cadre culturel, représentations qui influençaient leurs pratiques et les relations médicales. Dès lors, la dimension socio-symbolique intrinsèque de l'EG et l'influence des facteurs socioculturels sur la relation soignant·e-soignée en gynécologie mériteraient d'être étudiées encore plus attentivement.

In fine, l'ensemble de nos résultats permet de mettre en avant le rôle de multiples facteurs psychosociaux dans le contexte de l'EG, facteurs qui semblent liés à la fois aux publics, aux professionnel·le·s et à la situation. Cet ensemble de facteurs identifié semble alors d'intérêt pour le développement d'une problématisation psychosociale de l'EG, examen dont nous avons relevé le peu de conceptualisation théorique. Le développement d'une approche psychosociale, que nous développerons plus amplement dans le chapitre suivant, viserait à interroger comment est investi l'EG et le dépistage du CCU à partir des places et positions sociales des femmes et praticien·ne·s, comment chacun·e·s se représentent ses rôles dans cette situation, ou encore, comment les femmes ou les praticien·ne·s se représentent autrui dans la situation de l'EG. Il s'agit également d'interroger les facteurs socio-symboliques et idéologiques qui sous-tendent les relations soignant·e-soignée dans le contexte de l'EG. Le développement d'une telle approche de l'EG reste un enjeu important à considérer dans la littérature scientifique. Élément crucial de la santé sexuelle et reproductive des femmes et enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale, il s'agit d'améliorer les soins gynécologiques prodigués aux femmes. En considérant les dimensions relationnelles et socio-symboliques de l'EG, la psychologie sociale semble fournir un cadre pertinent pour l'étude des expériences et de la pensée sociale liées à l'EG pour les femmes et les professionnel·le·s.

Chapitre 3. Considérations épistémologiques et théoriques

Au regard des deux chapitres précédents, l'examen gynécologique (EG), dont le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU), apparaît comme un objet de recherche sensible et tensionnel, traversé par des enjeux sociaux, scientifiques et politiques forts. En cela, les choix épistémologiques et théoriques pour étudier l'EG ne sont pas des opérations neutres. En effet, ces choix sous-tendent un certain positionnement du/de la chercheur·se dans un contexte de recherche en psychologie sociale, et plus largement en sciences sociales, traversé par de multiples débats et tensions quant aux considérations épistémologiques, ontologiques et méthodologiques (Guba & Lincoln, 1994), mais aussi éthiques et politiques de la production de connaissances scientifiques. Il s'y ajoute que ces choix posent un regard singulier pour conceptualiser l'objet, orientent la mise en application des opérations de recherche et l'analyse des données recueillies. En cela, les ancrages épistémologiques et théoriques influencent directement le projet de connaissance, tant dans les savoirs qui sont produits vis-à-vis de l'objet de recherche, que la façon dont ils le sont.

Ce travail de thèse portant sur l'EG et le dépistage du CCU se situe dans une perspective psychosociale féministe. Une première section vise à présenter une approche féministe critique au regard des apports de la psychologie féministe et des épistémologies féministes du positionnement pour le développement d'une posture de recherche. Dans une deuxième section, nous verrons l'approche de la psychologie sociale, par le regard spécifique qu'elle permet de poser sur l'EG et les apports de la théorie des représentations sociales. Il sera également question d'amorcer le développement d'une réflexion sur son articulation et son intérêt pour un perspective critique féministe en psychologie sociale. Enfin, ces considérations épistémologiques et théoriques étant exposées, la problématisation de l'EG et du dépistage du CCU dans une approche psychosociale féministe sera présentée ainsi que les objectifs de recherche qui en découlent.

3.1 Une approche féministe critique

Du fait du statut de l'objet de recherche, l'EG, dans la sphère sociale,

scientifique et politique, le développement d'une perspective critique de recherche s'est posé comme nécessaire pour étudier le dépistage du CCU, les inégalités sociales de santé associées et les violences gynécologiques. Une telle perspective me paraît d'autant plus cruciale puisque des travaux féministes critiques sur la médecine et la gynécologie ont montré comment les savoirs et pratiques produites par ces disciplines légitiment, naturalisent et perpétuent des hiérarchies de genre, tout comme d'autres rapports de domination et d'oppression (*e.g.*, race, classe) (Dorlin, 2006), en opérant un contrôle social sur le corps des femmes. À cela, c'est également une perspective critique nécessaire au sein même de la discipline en psychologie (sociale) qui s'est imposée. En effet, les chercheurs et chercheuses ne sont pas exempté·e·s du contexte social dans lequel ils/elles s'inscrivent et de l'influence de ce contexte sur le projet de connaissance. En retour, par ses savoirs et ses pratiques, la psychologie revêt une dimension éminemment politique du fait des implications de ses théories sur le monde social (Santiago-Delefosse, 2008), que ce soit par le soutien de l'ordre social ou sa remise en question dans une visée de transformation et d'émancipation des groupes et personnes situées en bas de la hiérarchie sociale.

3.1.1 Quelques apports de la psychologie féministe

Issue des luttes féministes, la psychologie féministe fait partie des approches dites « critiques » en psychologie (Tiberghien & Beauvois, 2008). Elle s'est notamment développée aux États-Unis dans les années 1960-1970. Alors que les mouvements féministes émergent, les psychologues, aux côtés des psychiatres et psychanalystes, revendiquent une expertise sur le comportement humain. Cela conduit à une nécessité politique de questionner les discours dominants de ces disciplines en raison de leur influence sur les pratiques cliniques et les politiques publiques (Pache, 2016).

Tout comme les critiques féministes en sciences sociales ont relevé le rôle de la médecine et la gynécologie dans la légitimation et naturalisation des hiérarchies sociales, les critiques féministes de la psychologie dominante ont mis en avant l'androcentrisme et les biais sexistes au sein de la discipline. Sous couvert d'une prétendue neutralité et objectivité scientifique, les savoirs et pratiques reproduisent les rapports sociaux asymétriques, et opèrent par la sorte un pouvoir et une domination sur les femmes (voire Lelaurain & Fonte, 2022, p. 61-66). C'est également une critique

d'un individualisme épistémologique et méthodologique de la psychologie dominante qui est retrouvée. À titre d'exemple, je mentionnerai le texte de Naomi Weisstein (1972). En s'appuyant sur des travaux provenant de la psychologie sociale, elle soutient qu'une vision trop individualisante entraîne une sous-estimation des facteurs contextuels, au profit d'une centration sur des processus internes individuels et biologiques dans l'explication des comportements. De façon plus large, le projet de la psychologie féministe s'inscrit dans une démarche critique des sciences qui vise à s'extraire et s'opposer à une naturalisation du féminin et du masculin, ainsi qu'à remettre en question l'illusion de neutralité dans la production des savoirs et la légitimité de l'expertise scientifique (Gardey & Löwy, 2000).

Concernant le développement de recherche en psychologie dans une perspective féministe, il faut tout d'abord noter qu'il ne s'agit pas d'une unité épistémologique, théorique et méthodologique. Il est davantage question d'une façon de faire la recherche, que ce soit dans les questions posées ou encore dans les choix méthodologiques et leur mise en application (Lafrance & Wigginton, 2019). Globalement, le développement de recherche en psychologie sociale dans une perspective féministe se traduit par la volonté de considérer les expériences et connaissances des femmes (Wilkinson, 1986) ou tout autre groupe minorisé, par la prise en compte des rapports sociaux de genre mais aussi leur imbrication avec d'autres rapports de domination et d'oppression[31]. Ce dernier point est d'importance au regard des inégalités sociales de santé liées au dépistage du CCU, des différences de traitements constatées dans la relation soignant·e-soignée selon la place des femmes dans la hiérarchie sociale, et aussi, vis-à-vis de l'histoire de la gynécologie et de la médecine.

Au-delà d'une analyse des phénomènes en ces termes, il s'agit de soutenir un projet politique d'émancipation par la remise en question ou transformation du *statu*

[31] Cela peut ainsi renvoyer au concept d'« intersectionnalité ». Issu des travaux pionniers des féministes noires aux États-Unis et en Grande-Bretagne, ce concept a initialement été développé par Kimberlé Crenshawn (1989) notamment en réponse aux travaux féministes qui considéraient les femmes comme un groupe homogène. Au regard des débats sur la question, de l'acception parfois polysémique du concept d'intersectionnalité et de son utilisation (voir Bilge, 2015; Kergoat, 2009), et de l'inscription dans une approche féministe matérialiste, j'ai opté dans le cadre de cette thèse de penser davantage en terme de consubstantialité et de co-extensivité des rapports sociaux de domination et d'oppression.

quo (Lafrance & Wigginton, 2019). Il s'y ajoute la nécessité du développement d'une posture réflexive critique sur les conditions de production du savoir afin de ne pas reproduire ces rapports sociaux asymétriques tant au travers du processus de recherche en lui-même, que des résultats et implications qui en découlent (Lafrance & Wigginton, 2019; Wilkinson, 1986).

S'il existe différentes orientations épistémologiques en psychologie féministe (Riger, 1992), ce travail de thèse se situe dans les réflexions des épistémologies féministes du positionnement pour penser l'EG, dont le dépistage du CCU, et le processus de recherche. Les postulats issus de ces épistémologies semblent par ailleurs rejoindre ceux de la psychologie féministe.

3.1.2 Épistémologies féministes du positionnement

Introduite par la philosophe Nancy Hartsock (1983), les épistémologies féministes du positionnement postulent l'existence de positions sociales privilégiées, celles des personnes et groupes minorisés, pour penser les expériences de domination et d'oppression, et le changement social (Collins, 1989; Flores Espínola, 2012; Harding, 1993; Longino, 1993). En plaçant les expériences des personnes ou groupes minorisés comme point de départ de la production scientifique, ces épistémologies questionnent des notions centrales dans la science dominante traditionnelle comme l'objectivité scientifique. Elles critiquent une vision androcentrique et toute autre forme de vision ethnocentrique du monde social, et donc biaisée et partielle/partiale, par le sujet connaissant dans la science dominante (Dorlin, 2008). Ces épistémologies mettent ainsi en avant le caractère socialement situé de toute démarche de connaissance et la dimension éminemment politique de la production scientifique.

Parmi les diverses propositions des épistémologies du positionnement, celle de la philosophe Sandra Harding (1993) représente la « tentative la plus ambitieuse de refondation épistémologique des sciences depuis une perspective féministe » (Dorlin, 2008, p. 29). Par le concept d' « objectivité forte », la philosophe Sandra Harding (1993) propose de partir des expériences des personnes et groupes marginalisés (i.e., principe d'étrangeté), et de développer une « forte réflexivité » du sujet connaissant (i.e., principe de réflexivité) pour renforcer l'objectivité scientifique. Prétendre à la

neutralité conduirait selon Harding à une objectivité qualifiée de « faible ». En plaçant le sujet connaissant comme socialement et historiquement situé, la séparation positiviste entre « sujet connaissant » et « objet de connaissance » s'efface, le sujet étant une part de l'objet de savoir, requérant à ce titre le même type d'examen critique. Cette impossible neutralité résulte également de l'influence de la position sociale et du positionnement politique sur le projet de connaissance et le dispositif d'enquête. Le développement d'une forte réflexivité du sujet connaissant s'avère donc un élément crucial pour une meilleure objectivité en s'engageant dans un processus d'objectivation de ses subjectivités, positions sociales et positionnements politiques, et la démarche de connaissance.

Pour Harding (1993), partir des voix minoritaires permettrait de générer des questions de recherche davantage critiques et originales dans la mesure où leurs expériences de l'ordre social sont toutes autres que celles des groupes dominants. Ce postulat part également du constat dans les sciences sociales dominantes de « l'exclusion du monde académique de personnes et d'objets placés "hors savoir" parce qu'ils sont en réalité "hors norme" » (Clair, 2016, p. 72). Partir des expériences et perceptions des femmes de l'EG a permis d'orienter les questionnements de recherche en lien avec le recours au dépistage du CCU sur les dimensions expérientielles, relationnelles et socio-symboliques de l'EG. Il était également question de considérer la perspective de celles étant parmi les plus vulnérables quant au recours au dépistage, à savoir les femmes en situation de précarité (INCa, 2015). Enfin, il s'agissait de prendre en compte un enjeu central dans les mobilisations féministes vis-à-vis des violences gynécologiques qui est le consentement à l'EG.

Ce point de départ reste tout de même conciliable avec l'étude des groupes positionnés en haut de la hiérarchie sociale. Comme le souligne l'anthropologue Laura Nader (1972) « n'étudier que le bas de l'échelle sociale, en négligeant son sommet, peut être sérieusement préjudiciable à l'élaboration de théories et de descriptions adéquates » (cité par Clair, 2016, p. 80). Cette perspective paraît d'autant plus cruciale que l'EG prend place au sein de la relation soignant·e-soignée, relation de pouvoir asymétrique traversée par des rapports sociaux de domination (Bergeron, 2007). Mais aussi, comme nous l'avons pointé dans la revue systématique de la littérature dans le chapitre précédent, car les représentations, expériences et pratiques des

professionnel·le·s concernant l'EG sont rarement investiguées en France, notamment en contexte de précarité, alors même que leur rôle paraît déterminant dans l'expérience de cet examen pour les femmes (Chorley et al., 2017).

3.1.3 Le développement d'une posture de recherche

Au regard de ces énoncés, il convient que s'inscrire dans une perspective féministe critique en psychologie consiste en une posture de recherche. Cette dernière s'exprime, entre autres, au travers d'une analyse en termes de rapports sociaux de domination et de pouvoir, des pratiques mises en place aux différentes étapes du processus de connaissance, dans la reconnaissance de l'impossible neutralité des savoirs scientifiques et de l'inscription des chercheur·se·s dans le monde social, et avec l'objectif d'un soutien du projet féministe. Par ailleurs, d'une façon similaire à la position de pouvoir qu'occupe les professionnel·le·s de santé, il nous faut également considérer que la position de savant·e est une position de pouvoir (Clair, 2016). Ne se limitant pas au seul moment de l'interaction entre chercheur·se et personnes enquêtées, cette position de pouvoir résulte du dispositif de l'enquête, depuis la définition de l'objet et sa problématisation, au choix de la méthode, à la façon de mener les opérations de recherche et les analyses et jusqu'à la restitution des résultats.

Parmi les propositions d'une perspective féministe en psychologie, j'ai tenté dans le cadre de ce travail de thèse de porter une attention particulière à la réflexivité, soit une forme d' « auto-réflexion disciplinée »[32] (Wilkinson, 1988, p. 493). Pour cela, j'ai souhaité illustrer ce processus à différents temps de la recherche, que ce soit en amont (voire la section Introduction) et durant le déroulement des opérations de recherche (voire la section 4.3 Le terrain en psychologue sociale féministe : illustration d'une posture en tension), et cela au regard de ma trajectoire personnelle, mais aussi de ma trajectoire sociale en tant que chercheuse. Autrement dit, il est question d'interroger à la fois nos expériences personnelles, valeurs, positions sociales *etc.,* et les présupposés et considérations qui sous-tendent la recherche comme les théories et les méthodes mobilisées (Wilkinson, 1988) pour appréhender comment ces deux volets contribuent à construire le projet de connaissance.

[32] Ma traduction : « *disciplined self-reflection* »

Ainsi, conciliant engagement féministe et critère de scientificité, une telle posture épistémologique, qui entend penser les rapports de domination, ne peut se réduire au seul engagement socio-politique au risque de limiter le travail scientifique à la dénonciation d'une expérience donnée. Le développement de cette posture tend alors à « évoluer vers plus d'exigences théoriques et méthodologiques et non pas à se confondre avec un rejet pur et simple des épistémologies scientifiques » (Santiago-Delefosse, 2008, p. 133). À cet égard, la psychologie sociale dispose d'outils théoriques et méthodologiques pertinents pour le développement d'une perspective féministe critique de recherche quant à l'EG.

3.2 Une approche psychosociale de l'examen gynécologique

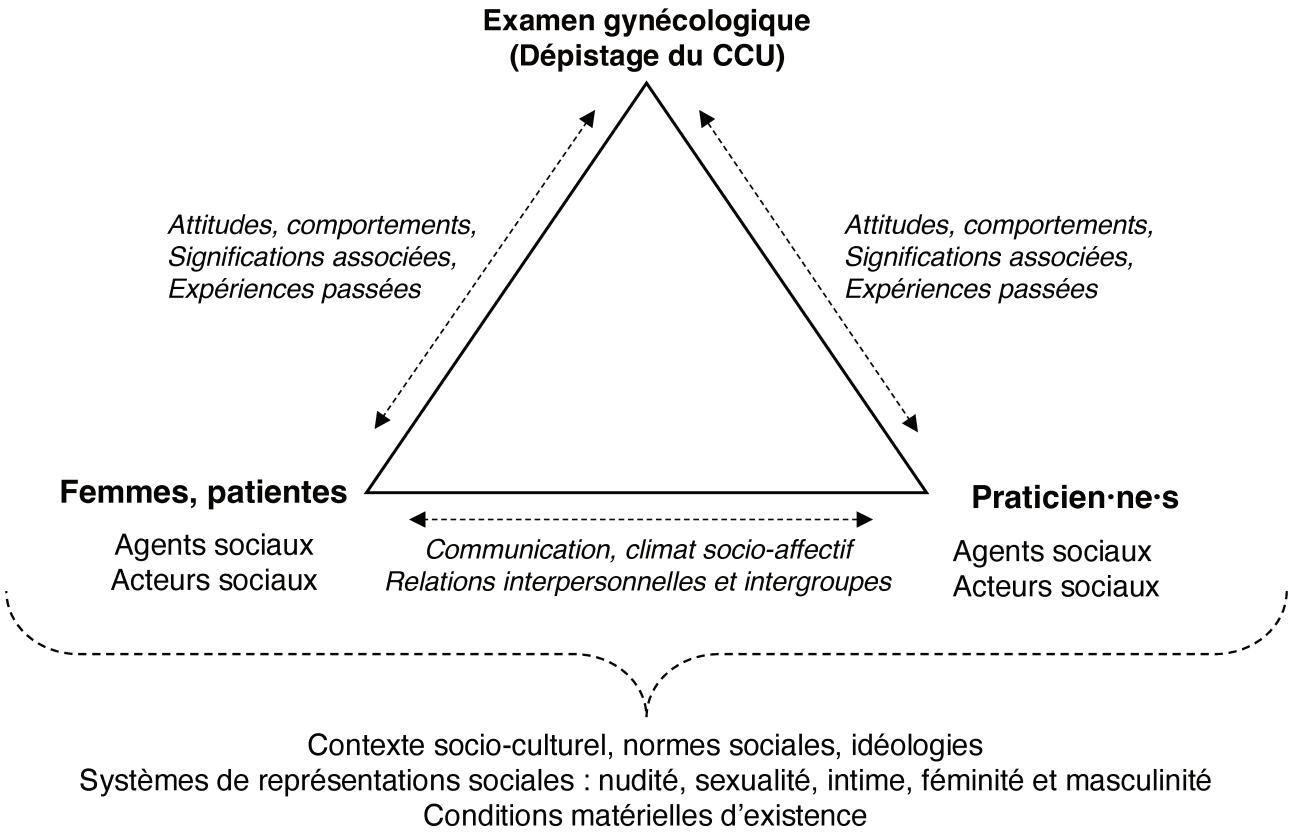
Précédemment, nous avons évoqué que les travaux de psychologie sociale ont servi d'appui aux critiques féministes de la psychologie dominante. Par ailleurs, nous avons vu comment la psychologie féministe et les épistémologies féministes du positionnement ont orienté les questionnements de recherche vis-à-vis de l'EG et ont plus largement contribué au développement d'une posture de recherche. L'enjeu est maintenant d'expliciter l'approche de la psychologie sociale, par le regard spécifique qu'elle permet de poser sur l'EG et les apports de la théorie des représentations sociales. Il est également question d'amorcer le développement d'une réflexion sur son articulation et son intérêt pour une perspective critique féministe en psychologie sociale.

3.2.1 Un regard psychosocial sur l'examen gynécologique

À l'interface de l'intime et du social, l'EG est un objet sensible et socialement marqué que permet d'appréhender un regard psychosocial. Proposé par Serge Moscovici (2008) ce regard nous permet de concevoir l'EG comme une situation éminemment sociale par un travail de contextualisation des phénomènes étudiés (Morin & Apostolidis, 2002), dans et par les faits d'inscription et de participation sociales. La spécificité de ce regard se traduit par une lecture ternaire des phénomènes à travers l'articulation entre trois entités : Ego (sujet individuel), Alter (sujet social) et Objet, dans l'analyse des conduites individuelles et sociales. Par l'introduction d'un Alter médiatisant la relation Sujet-Objet, cette approche relationnelle

permet d'aller au-delà de la vision dichotomique classique (i.e., relation Sujet-Objet) pouvant conduire à des réductionnismes psychologisant, et contournant par la même le tout sociologique (Moscovici, 2008). Ce regard nous permet d'appréhender cette situation en contextualisant l'EG dans un ensemble de rapports socio-symboliques, qui vont par exemple façonner la relation soignant·e-soignée, ainsi qu'avec le système social (i.e., normes, valeurs, idéologies) dans lequel il s'enracine. En d'autres termes, pour comprendre l'EG et les enjeux associés, il nous faut replacer l'EG dans le contexte de la relation soignant·e-soignée dans lequel il s'inscrit (i.e., micro-contexte). Toutefois, ce regard ne se réduit pas aux seules interactions entre praticien·ne·s et patientes, ces interactions ne prenant place dans un vide social. Il nous faut situer l'objet et les relations au regard du contexte social dans lequel ils s'inscrivent (i.e., macro-contexte), soit appréhender comment la relation soignant·e-soignée dans le cadre de l'EG est plus largement investie par des facteurs socio-symboliques et idéologiques liés aux rapports sociaux de domination et au pouvoir médical. La Figure 6 présente une schématisation du regard psychosocial appliqué à l'EG.

Figure 6
Le regard psychosocial appliqué à l'examen gynécologique



Au regard d'une discipline scientifique et médicale comme la gynécologie qui tend à naturaliser et codifier ce qu'est la féminité, le regard psychosocial est une voie féconde pour le développement d'une approche féministe de l'EG et des enjeux associés. En effet, par l'attention accordée au contexte à la fois au niveau micro et macro, il permet d'éviter une lecture individualisante et une naturalisation des phénomènes et comportements. Le regard psychosocial invite alors à interroger comment est investi l'EG et le dépistage du CCU à partir des places et positions sociales des femmes et praticien·ne·s, comment chacun·e·s se représentent leurs rôles dans cette situation ou encore, comment les femmes ou les praticien·ne·s se représentent autrui dans la situation de l'EG. Il s'agit également d'interroger les facteurs socio-symboliques et idéologiques qui sous-tendent les relations soignant·e-soignée dans le contexte de l'EG.

Par ailleurs, l'intérêt d'une approche psychosociale de l'EG est qu'elle permet une lecture « multi-niveaux » des phénomènes. Par l'articulation dynamique entre différents niveaux d'explications des phénomènes sociaux, elle vise à mettre en relation des processus psychologiques et interactions sociales avec des niveaux positionnels et idéologiques (Doise, 1982). Par exemple, l'expérience de l'EG à un niveau intra-individuel pouvant générer anxiété, gêne, peur, *etc.*, peut être affectée par l'interaction inter-individuelle, comme la qualité de la relation soignant·e-soignée, elle-même sous l'influence des positions sociales, avec une différence de pouvoir entre praticien·ne et patiente, et pouvant être affectée par les normes sociales (*e.g.*, nudité, tabou de la sexualité), les idéologies (*e.g.*, patriarcat, racisme), et représentations (*e.g.*, parties génitales). En considérant différents niveaux de la réalité sociale, cette lecture offre ainsi la possibilité de penser à la fois le caractère subjectif et social des expériences et pratiques liées à l'EG. Elle permet également de considérer la relation sociale immanente entre praticien·ne et patiente et les rapports sociaux de domination et d'oppression dans lesquels elle s'inscrit.

3.2.2 Les apports de la théorie des représentations sociales

La théorie des représentations sociales fournit un cadre conceptuel heuristique pour l'application du regard psychosocial à l'EG dans une perspective féministe. Sans

viser une présentation exhaustive de la notion de représentation sociale, il s'agit d'expliciter l'approche des représentations sociales comme cadre paradigmatique fécond pour problématiser et analyser l'EG et les concepts qui ont été mobilisés dans le cadre de ce travail. D'une façon globale, les représentations sociales peuvent se définir comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 1989b, p. 36)

Développée initialement par Serge Moscovici (1961), la théorie des représentations sociales revêt dès son origine un caractère pluridisciplinaire, au croisement entre sciences psychologiques et sciences sociales. Elle se veut une approche holistique des phénomènes, dont son caractère paradigmatique vise à fournir un cadre d'analyse des phénomènes sociaux dans leur pluralité et diversité. Par ailleurs, elle se pose comme une approche critique face à la tendance dominante en psychologie sociale d'approches promouvant un réductionnisme individualisant (*e.g.*, cognition sociale) et reposant sur une conception épistémologique du sujet comme séparé de l'objet, isolé et hors contexte (Farr, 1996). Plutôt qu'une conception du sujet comme isolé, anhistorique, cohérent et unifié, celui-ci est conçu comme socialement, culturellement et historiquement situé, à la fois agent et acteur, pouvant être multiple et motivé par une logique de maîtrise des situations (Morin & Apostolidis, 2002). Cette fonction de maîtrise des situations permet alors d'envisager ce qui semble logique dans ce qui est illogique, de donner une cohérence à ce qui paraît irrationnel.

Sortir de la séparation entre sujet et objet implique également « qu'il n'existe *a priori* pas de réalité objective mais que toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite dans son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte sociale et idéologique qui l'environne » (Abric, 1994a, p. 17). En cela, toute représentation sociale est une représentation de quelque chose pour quelqu'un, la relation du sujet à l'objet étant alors déterminante de l'objet en lui-même. En d'autres termes, « elle est le processus par lequel s'établit leur relation. Au fond de tout représentation, nous devons chercher cette relation au monde et aux choses » (Jodelet, 2003, p. 368). La représentation d'un objet consiste donc en une construction active derrière laquelle s'exprime les catégories du sujet.

À cet égard, une contribution importante de l'approche des représentations sociales réside dans la mise en avant d'une relation entre « désordre biologique » et « désordre social » pour penser les phénomènes liés à la santé et la maladie. En d'autres termes, « nos représentations ne nous renseignent pas seulement sur la relation que nous entretenons avec les phénomènes corporels et notre propre état de santé, mais sur les relations qu'à travers eux, nous entretenons avec les autres, avec le monde et l'ordre social » (Herzlich, 2001, p. 198). L'EG étant une pratique médicale qui implique le corps et lié à la santé sexuelle et reproductive des femmes, l'hypothèse sous-jacente est alors qu'à travers leur rapport à l'EG, les personnes s'expriment plus largement sur leur rapport au monde, et notamment vis-à-vis des rapports sociaux de genre et du pouvoir médical.

Compte tenu des précédentes considérations, l'approche socio-représentationnelle est alors une approche contextuelle, compréhensive et phénoménologique (Apostolidis, 2006) qui amène à comprendre la logique interne des phénomènes, tels qu'ils sont vécus par les acteurs et les actrices. En d'autres termes, l'enjeu est de comprendre le sens et la fonction que les personnes donnent à leur façon de penser et d'agir, plutôt que de savoir si elles ont raison ou tort, agissent correctement ou non, en référence à un standard de raisonnement extérieur à leurs conditions de production comme la rationalité scientifique (i.e., démarche évaluative). Dans cette perspective, la théorie des représentations sociales reflète une position épistémique qui se traduit par l'absence de hiérarchisation entre les différentes formes de pensées, que ce soit entre individuelle et sociale, scientifique et profane. Plus encore, au lieu d'une dichotomie étanche entre savoirs experts et savoirs profanes, l'approche socio-représentationnelle permet d'appréhender la co-existence et l'articulation dynamique de plusieurs registres de savoirs à l'intérieur d'un même individu ou d'un même groupe. C'est notamment l'hypothèse formulée par Moscovici (1961) avec le concept de « polyphasie cognitive ». Ces différentes modalités de connaissances dépendent alors de leur contexte de production, soit des situations dans lesquelles les individu·e·s se trouvent, et visant à répondre à différents objectifs (Jovchelovitch, 2002). En ce qu'elle permet une approche horizontale du rapport entre différents registres de savoirs :

> l'approche des représentations sociales donne, en outre, les outils nécessaires à l'élargissement démocratique de la co-construction des savoirs. Sa mise en œuvre dans des situations concrètes, relevant du domaine de la santé, pourrait servir de guide pour traiter de la rencontre entre savoirs savants et profanes, expertise et citoyenneté, objectivation scientifique et subjectivité, dans d'autres situations qui engagent l'expérience et la pratique des acteurs dans un espace social et culturel défini. (Jodelet, 2017, p. 279)

Ces enjeux épistémologiques de l'approche socio-représentationnelle font alors écho aux considérations des épistémologies critiques (Jodelet, 2017) comme les épistémologies féministes du positionnement.

Une telle approche est alors d'intérêt pour l'étude de la pensée sociale et des pratiques liées à l'EG du point de vue des professionnel·le·s. En effet, elle permet de concevoir les professionnel·le·s de la gynécologie comme des êtres « pluri-raisonnés » (Apostolidis & Dany, 2012). Différents registres de savoirs peuvent être mobilisés au regard des objectifs à la fois médicaux et psychosociaux posés dans la situation de la consultation gynécologique et qui s'actualisent dans et par leur relation aux patientes. Cet aspect paraît d'autant plus saillant que la prescription d'EG peut relever d'une situation d'incertitude (*e.g.*, examen annuel) ou encore, du fait de l'émergence de l'intime et de la sexualité au sein de la relation soignant·e-soignée en consultation gynécologique. Du point de vue des femmes, ces considérations permettent d'opérer un déplacement de la problématique (Apostolidis & Dany, 2012) face à l'enjeu de santé publique qu'est le dépistage du CCU et des inégalités sociales de santé. En effet, si le rationnel voudrait qu'une fois correctement informées les femmes aillent se faire régulièrement dépister, l'approche socio-représentationnelle permet de questionner les logiques sociales et symboliques qui peuvent sous-tendre les pratiques de recours au dépistage.

Parmi les diverses orientations de travail, nous nous inspirons ici de l'approche socio-génétique, ou anthropologique, des représentations sociales (Jodelet, 1989a; Kalampalikis & Apostolidis, 2016) pour l'étude en milieu réel des phénomènes représentationnels liés à l'EG et leur rôle régulateur sur les relations soignant·e-soignée et les pratiques sociales/professionnelles associées. Cette approche tend à

se centrer sur l'étude des phénomènes représentationnels dans leur dynamique, en considérant leur genèse, fonctionnement et fonction, en milieu réel (De Rosa & Arhiri, 2019; Jodelet, 1989). Selon cette perspective, Kalampalikis & Apostolidis (2016) considèrent l'objet représentationnel comme un objet tensionnel du fait, entre autres, (1) de son statut dans la sphère sociale, culturelle et subjective, (2) de la nature à la fois constituée et constituante des représentations sociales et (3) de la perspective employée pour étudier et analyser l'objet (i.e., posture méthodologique, voire le chapitre suivant).

Au regard du statut de l'objet, les précédents chapitres ont permis de montrer que l'EG est pris au cœur de multiples tensions : entre témoignages de violences gynécologiques des patientes et réactions défensives des praticien·ne·s ; entre pratique de « routine » et son « impossible banalité » ; entre un sur-dépistage et un manque de recours selon un gradient social ; entre mobilisation de savoirs experts, médicaux et sociaux, ou encore entre le domaine du privé et du social. Il en est tout autant d'aspect qui en font un objet d'étude important à considérer du fait de ses répercussions sur le monde social, telle une incidence du CCU socialement différenciée et les expériences de violences gynécologiques.

Précédemment nous avons évoqué qu'une approche féministe postule l'idée de partir de l'expérience des femmes et tout autre groupe dominé par la prise en compte des rapports sociaux de genre et leur imbrication avec d'autres rapports de domination et d'oppression. À cet égard, la question de l'expérience de l'EG paraît être un enjeu central pour les femmes puisqu'étant un frein au recours au dépistage du CCU. Par ailleurs, la stratégie du témoignage utilisée par les patientes en gynécologie dans les mobilisations féministes place les expériences vécues des femmes en gynécologie au centre de l'analyse. En cela, l'expérience de l'EG se trouve un point d'intérêt dans ce travail de thèse. Dans une perspective dite de « l'intérieur », l'approche socio-représentationnelle permet d'appréhender comment les personnes, femmes et/ou praticien·ne·s, donnent du sens à leurs expériences vécues liées à l'EG, dans ses dimensions à la fois affective et cognitive et « à partir des cadres interprétatifs fournit par les systèmes de représentations en vigueur dans un contexte socio-culturel donné » (Jodelet, 2006, p. 255). En cela, si l'expérience vécue est mise en forme par les représentations, elle joue à son tour un rôle dans l'élaboration de la pensée sociale.

En tant qu'approche relationnelle, l'approche des représentations sociales permet de situer l'EG en rapport avec les sphères d'appartenances socio-culturelles et les enjeux liés au contexte social. Le croisement des perspectives des professionnel·le·s et des femmes permettrait de révéler des « zones de tensions » selon les significations respectivement associées à l'examen (Kalampalikis & Apostolidis, 2016). Ces significations pourraient faire l'objet de modulations en fonction des positions sociales occupées par les un·e·s et les autres au sein d'un espace social donné. Ce point semble d'autant plus important puisque la revue systématique de la littérature a permis de pointer le peu d'investigations du point de vue des praticien·ne·s de l'EG. Il est également une façon d'appréhender comment les rapports sociaux de domination et de pouvoir qui s'actualisent en gynécologie s'exprime à la fois pour les patientes, mais aussi pour les professionnel·le·s de la gynécologie.

Par ailleurs, cette approche invite à examiner les « horizons » (Jodelet, 2015) pris pour penser l'EG, soit la perspective adoptée à son égard. Il s'agit de considérer que :

> un même objet ou évènement pris dans des horizons différents, donne lieu à des échanges d'interprétation, des confrontations de position par lesquelles les individus expriment une identité et une appartenance. Chacun des horizons met en évidence une signification centrale de l'objet en fonction de systèmes de représentations trans-subjectives spécifiques aux espaces sociaux ou publics dans lesquels évoluent les sujets. Ceux-ci s'approprient ces représentations en raison de leur adhésion, de leur affiliation à ces espaces. (Jodelet, 2015, p 79)

Considérer les différents horizons pris pour penser l'EG permettraient de révéler les logiques sociales et symboliques qui contribuent aux freins au recours au dépistage du CCU.

La deuxième zone de tension renvoie à la double nature des représentations sociales. Considérant la nature à la fois constituée et constituante de la pensée sociale, les représentations sociales sont conceptualisées à la fois comme « le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique » (Abric, 1987, p. 64). En tant que produit/contenu, elle reflète les éléments qui la constituent, soit un

environnement de pensée en lien avec l'adhésion socio-culturelle. En tant que processus, ces cadres interprétatifs, fruit d'une élaboration socio-cognitive par nos interactions, communications et actions, vont déterminer notre vision de la réalité et guidé nos actions et comportements (Kalampalikis & Apostolidis, 2016).

En tant que processus, les représentations sociales mobilisent deux activités interdépendantes qui contribuent à leur formation : l'objectivation et l'ancrage (Moscovici, 1961). Le processus d'objectivation consiste schématiquement à rendre concret ce qui est abstrait par l'élaboration d'une représentation imagée et structurée. Concernant le processus d'ancrage, celui-ci intervient en amont et en aval de la formation des représentations et vise à rendre familier ce qui est étranger. En amont, il permet d'intégrer un nouvel objet dans des catégories de connaissances préexistantes qui sont constitutives de l'identité. En aval, ce processus fournit une signification familière à l'objet ainsi qu'une utilité congruente aux pratiques et valeurs du groupe social (Jodelet, 2008). En tant qu'objet pouvant être considéré comme relevant de « l'intime », dont on ne parle pas ou peu, il peut se questionner à partir de quels savoirs préexistants les femmes construisent leur rapport à l'EG. Par ailleurs, les transformations récentes du champ médical et la médiatisation des violences gynécologiques interrogent également sur la façon dont sont pensées les violences gynécologiques, ou certaines pratiques tel le consentement, par les professionnel·le·s de la gynécologie et les femmes.

Pour comprendre la dynamique des représentations sociales dans le rapport des personnes à l'EG, il est indispensable de les ramener à leur fonction. Plus précisément, les représentations sociales remplissent quatre fonctions essentielles (Abric, 1994a; Jodelet, 1989b) :

(1) Une fonction cognitive, de savoir qui vise à donner du sens aux évènements de la vie quotidienne. Les représentations sociales consistent en des « grilles de lecture » qui vont permettre d'interpréter les évènements à partir de connaissances préexistantes, constitutives de l'identité, et de façon congruente aux pratiques et valeurs du groupe. Cette fonction renvoie plus précisément aux deux processus d'élaboration des représentations exposés précédemment.

(2) Une fonction identitaire puisque les représentations sociales contribuent à

la définition de l'identité du groupe et « permettent la sauvegarde de la spécificité des groupes » (Abric, 1994a, p. 21). Il convient alors de se demander si le rapport des personnes à l'EG diffère selon leur groupe social d'appartenance. Ce questionnement peut se poser vis-à-vis de la place qu'occupent les femmes et les professionnel·le·s dans la relation médicale, mais aussi selon la position des femmes dans la hiérarchie sociale ou encore, selon les spécialités professionnelles (*e.g.*, sage-femmes *versus* médecins).

(3) Une fonction d'orientation des comportements et des pratiques. En ce qu'elles sont une « grille de lecture », un système de pré-codage de la réalité, les représentations sociales vont par la sorte être des « guides pour l'action » (Abric, 1994a, p. 22). Il n'est pas question d'un lien mécanique et unidirectionnelle mais plutôt d'une articulation dynamique entre représentions et, comportements et pratiques. Au regard de l'EG et du dépistage du CCU, les représentations que les personnes ont de la situation, mais aussi plus largement des représentations qui sous-tendent les rapports sociaux de genre (*e.g.*, sexualité, intimité) pourraient alors contribuer, moduler, s'articuler aux pratiques liées à l'EG, comme la demande du consentement ou le recours au dépistage.

(4) Une fonction justificatrice qui vise à justifier *a posteriori* les prises de positions et les comportements. Vis-à-vis de l'EG et la gynécologie, nous pouvons interroger la façon dont les représentations de la féminité, de la santé des femmes, *etc*. peuvent servir d'appui pour justifier certaines attitudes et pratiques en gynécologie, aussi diverses soient elles. En ce que la représentation peut ici viser la justification et le maintien de la hiérarchie sociale, elle peut s'apparenter à l'idéologie (Jodelet, 1991).

Au regard de des différentes fonctions des représentations sociales, l'intérêt de cette approche s'actualise dans la possibilité d'appréhender l'articulation dynamique entre représentations sociales et pratiques sociales/médicales liées à l'EG. En effet,

> par ses fonctions d'élaboration d'un sens commun, de construction de l'identité sociale, par les attentes et les anticipations qu'elle génère, elle est à l'origine des pratiques sociales. Par ses fonctions justificatrices, adaptatrices et de différenciation sociale, elle est dépendante des circonstances extérieures et des

pratiques elles-mêmes, elle est modulée ou induite par les pratiques. (Abric, 1994a, p. 24)

Pour Abric (1994b), la nature de la situation, soit le contexte d'émergence et d'actualisation est déterminant dans la nature des liens entre pratiques et représentations. Il distingue deux caractéristiques que sont : (1) les conditions d'exercice de l'autonomie de la personne dans la situation, « c'est à dire sa place et les relations qu'ils entretiennent dans le système de pouvoir ou de contraintes auquel il est confronté », et ; (2) « la présence d'éléments dans la situation d'éléments fortement reliés à des affects ou à la mémoire collective » (Abric, 1994b, p. 280). En outre, comme l'a montré Jodelet (1989a), certains aspects des représentations ne se révèlent et ne s'expriment qu'au travers des pratiques sociales (Abric, 1994b; Jodelet, 1989a). En cela, cette approche se révèle pertinente pour l'étude des pratiques professionnelles et sociales. Dans le champ de l'oncologie, Restivo et al. (2016) ont par exemple montré que les médecins pouvaient mobiliser les caractéristiques non médicales des patient·e·s comme une forme de savoir professionnel implicite dans leurs pratiques professionnelles quotidiennes de prise de décision en oncologie. Enfin, au regard des violences gynécologiques et de l'expérience comme freins au recours au dépistage, il paraît primordial de porter notre attention sur les pratiques effectives liées à l'EG, notamment les pratiques professionnelles liées à l'EG (*e.g.*, consentement, explications) et la façon dont elles sont mises en sens. Une analyse qui prend compte et cherche l'articulation entre pratiques et représentations des acteurs et actrices sociaux est par ailleurs une condition nécessaire pour la compréhension de la dynamique social des rapports sociaux de domination (Devreux, 2001).

Pour conclure, je résumerai quelques points de convergence entre les épistémologies féministes du positionnement et l'approche des représentations sociales comme cadre paradigmatique d'épistémologie du « sens commun », qui rendent leur articulation conciliable. Développées en critique au positivisme dominant dans les sciences sociales, les deux se posent en rupture avec la séparation épistémologique traditionnelle entre « sujet » et « objet », que ce soit le sujet connaissant ou le sujet de représentation. Il en découle une conception de la connaissance qu'elle soit scientifique ou de sens commun, comme historiquement et

socialement situé, puisque la mise en représentation ou la « mise en science » d'un objet dépend davantage des catégories du sujet que du statut ontologique de l'objet. Par conséquent, ces deux approches s'enjoignent sur la nécessaire prise en compte du contexte social et des rapports sociaux de domination et d'oppression comme principes organisateurs de notre société contemporaine que ce soit dans l'étude de la réalité sociale ou dans la façon dont ils façonnent le monde de la recherche et le projet de connaissance. Enfin, une certaine similarité dans la volonté de partir de l'expérience quotidienne du monde social, de phénomènes sociaux « chauds », « tensionnels » peut être soulignée, du fait de leur répercussion sur le monde social que les sciences humaines et sociales entendent étudier, avec la nuance que l'engagement féministe vient orienter la démarche de production de connaissances scientifiques vers le soutien du projet féministe. Enfin, au-delà de leurs points de convergence, les concepts et notions de l'approche des représentations sociales présentent un apport certain pour le développement d'une approche féministe en psychologie sociale. Il en reste qu'elle est une approche peu développée dans le contexte français[33].

3.3 Problématisation et objectifs de recherche

Au regard de la revue de la littérature (chapitre précédent), nous avons vu que les expériences et perspectives des femmes quant à l'EG semblent être influencées par une variété de facteurs comme l'activité sexuelle, les caractéristiques des professionnel·le·s, la qualité de la relation, le tabou de la sexualité, ou encore les normes sociales vis-à-vis de la nudité. Du côté des professionnel·le·s, bien qu'il y ait peu d'étude, les résultats attestent également de l'influence de divers facteurs sur les expériences et pratiques de l'EG comme les caractéristiques des femmes (*e.g.*, ethnicité, apparence physique), le genre du/de la praticien·ne, ou les représentations de la sexualité et du genre. Par ailleurs, l'importance des dimensions interpersonnelles et communicationnelles ainsi que l'influence de facteurs socio-symboliques ont été relevées. Pour autant, le développement d'une approche relationnelle, dynamique et

[33] Nous noterons par exemple les travaux de Lelaurain & Fonte (2022). Cette articulation entre approche des représentations sociales et psychologie féministe peut se trouver à l'international (*e.g.*, Oswald, 2013). Il existe également un ouvrage collectif portant sur les épistémologies féministes et les représentations sociales (*Investigación feminista : epistemología, metodología y representaciones sociales*, 2010), qui n'est malheureusement pas disponible en anglais ou en français.

« multi-niveaux » de l'EG reste un enjeu à la fois théorique et appliqué vis-à-vis du recours au dépistage du CCU, des inégalités sociales associées et des violences gynécologiques.

L'EG dont le dépistage du CCU apparaît comme une situation éminemment sociale dans laquelle il s'actualise des enjeux à la fois émotionnel, relationnel et socio-symbolique (*i.e.* connotation sexuelle de l'EG, tabou de la sexualité, norme sociale vis-à-vis de la nudité). L'adoption d'un regard psychosocial par une approche socio-représentationnelle nous permet alors de conceptualiser la relation soignant·e-soignée dans le cadre de l'EG comme une relation sociale investie à partir de caractéristiques au-delà de la relation médecin-patient, soit des facteurs socio-symboliques et idéologiques. Au regard de l'enjeu de santé publique qu'est le dépistage du CCU et les inégalités sociales de santé associées, le développement de cette approche permet d'opérer un déplacement des problématiques de santé publique par leur reformulation dans une approche contextuelle et compréhensive des phénomènes. En effet, le constat est que la dimension expérientielle de l'EG et les enjeux associés du point de vue des femmes semblent être des freins manifestes au recours au dépistage, tout en étant l'objet d'une forme d'ignorance sélective par les par les acteurs et actrices du dépistage en France.

À cela, les transformations qui traversent le soin et la médiatisation importante de la dénonciation des violences gynécologiques interrogent également les expériences vécues, les formes de relation en gynécologie et les pratiques liées à l'EG. Notion centrale dans les mobilisations féministes, s'intéresser à la question du consentement lié à l'EG permet plus largement de questionner comment sont représentées la relation médicale et son asymétrie ainsi que les pratiques associées pour les différent·e·s protagonistes de la relation médicale. En cela, une approche contextuelle et compréhensive de l'EG et des enjeux associés tel le consentement paraît pertinente pour l'étude des violences gynécologiques.

Enfin, si l'EG est une pratique médicale qui nécessite l'acquisition de techniques et de savoirs scientifiques et médicaux, il peut être considéré comme relevant de « l'intime » du fait, entre autres, qu'elle concerne l'examen des organes génitaux féminins, organes porteurs d'une forte coloration socio-affective (Braun & Wilkinson,

2001). L'EG étant majoritairement réalisé lors de consultations gynécologiques, il est aussi question d'aborder des sujets pouvant être considérés comme relevant de l'intime tels que la sexualité, le désir d'enfants, les cycles menstruels, *etc.*. Étudier l'EG et le rapport que les femmes et les professionnel·le·s entretiennent avec cet objet paraît alors une façon de questionner « l'intime » en contexte médical et notamment les significations attribuées, comment il s'agence, se négocie dans les relations et les pratiques ou encore, avec quels effets.

De façon générale, cette thèse se pose comme objectif de proposer une analyse psychosociale de l'EG pour une meilleure compréhension des logiques sociales et symboliques qui s'actualisent dans cette situation au regard du dépistage du CCU et des inégalités sociales de santé, et des violences gynécologiques. Pour cela, nous cherchons à appréhender différents phénomènes socio-représentationnels liés à l'EG dans leur émergence et déroulement spontanés et en fonction du contexte de production, des modalités d'expression, ou encore des différent·e·s acteur·rice·s de la relation médicale. Ainsi, il ne s'agit pas tant d'étudier les représentations sociales de l'EG, mais plutôt, d'explorer et analyser les phénomènes socio-représentationnels liés à cet examen qui concourent et s'articulent à la mise en sens des expériences vécues des femmes et/ou professionnel·le·s, aux pratiques sociales/professionnelles liées à l'EG (*e.g.*, recueil de consentement, recours au dépistage) et les logiques socio-symboliques et idéologiques qui les sous-tendent. Ces réflexions soulevées par une approche socio-représentationnelle de l'EG et du dépistage du CCU dans une perspective féministe critique nous ont conduit à trois principaux objectifs de recherche :

Objectif 1 : Au regard du contexte actuel de dénonciation de violences gynécologiques sur les réseaux sociaux, et plus largement de l'avènement d'internet et de son utilisation dans notre société contemporaine, il est question d'explorer les communications sociales liées à l'EG à partir des médias digitaux. Plus précisément, il s'agit (1) d'explorer comment sont investis les médias digitaux pour communiquer sur l'EG et (2) d'analyser les expériences liées à l'EG et les systèmes de représentations mobilisés pour le penser à partir des discours issus des médias digitaux.

Sur le plan opérationnel, ce premier objectif s'est décliné dans le cadre de la première contribution empirique de ce travail (chapitre 5).

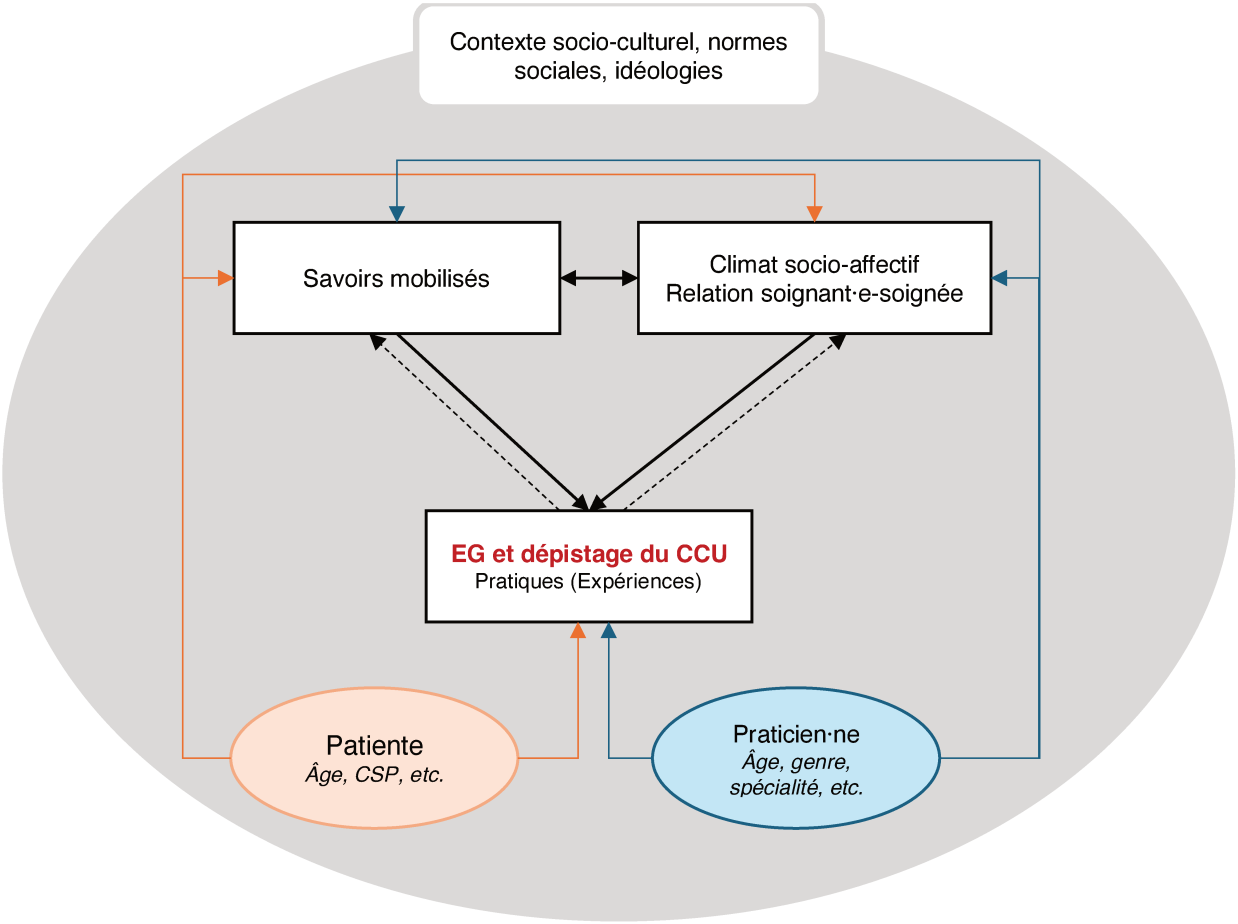
Objectif 2 : Il est question d'explorer les pratiques sociales/médicales liées à l'EG et au dépistage du CCU ainsi que les systèmes de représentations spontanément mobilisés en milieu réel lors de consultations gynécologiques, notamment en contexte de précarité. Plus précisément, l'objectif de ces observations est d'appréhender comment les savoirs mobilisés peuvent réguler les interactions soignant·e-soignée et influencer la pratique de l'EG. Il s'agit d'explorer les logiques sociales et symboliques à l'œuvre dans la consultation gynécologique et pouvant contribuer aux freins au recours au dépistage du CCU, notamment en contexte de précarité.

La Figure 7 présente une schématisation de la façon dont la consultation gynécologique a été conceptualisée au regard d'une approche psychosociale féministe. Outre les aspects biomédicaux, la consultation gynécologique est envisagée comme un espace relationnel et social dans lequel les pratiques liées à l'EG et les relations soignant·e-soignée pourraient faire l'objet de régulation par des facteurs socio-symboliques et idéologiques (*e.g.*, savoirs sociaux émergeant, climat socio-affectif, caractéristiques psycho-sociales des patientes et des praticien·ne·s, rapports de pouvoir et domination, *etc.*). Il en résulte une situation sociale complexe où les différentes dimensions s'articulent et s'imbriquent de façon dynamique et interdépendante.

Sur le plan opérationnel, la deuxième contribution empirique de ce travail vise à répondre à ce deuxième objectif (chapitre 6).

Figure 7

Schématisation de l'approche psychosociale appliquée à la consultation gynécologique



Objectif 3 : Il s'agit d'analyser les expériences liées à l'EG et les systèmes de représentations mobilisés pour le penser pour les différents acteur·rice·s de la relation : des professionnel·le·s de la gynécologie exerçant en contexte de précarité ou non et des femmes en situation de précarité ou non. Plus précisément, il est question d'analyser la façon dont ces systèmes de représentations vont donner sens aux pratiques et aux expériences subjectives et sociales liées à l'EG et au dépistage du CCU.

Ce troisième objectif s'est décliné sur la plan opérationnel lors de la troisième contribution empirique de ce travail de thèse (chapitre 7).

Objectif 4 : Dans une forme de triangulation des données, l'ensemble des résultats sera discuté. Il sera question de les mettre en perspective et d'éclairer différentes facettes de l'objet de recherche au regard du contexte de production, du mode d'actualisation ou du point de vue pris pour le penser afin de permettre une

meilleur compréhension des enjeux socio-symboliques, relationnels et idéologiques qui s'actualisent au travers de l'EG et apporter un éclairage sur les freins socio-symboliques au recours au dépistage du CCU.

Ce quatrième objectif s'est traduit par une synthèse générale des précédentes contributions empirique de ce travail de thèse dans la discussion générale (chapitre 8).

Les options épistémologico-théoriques et les objectifs qui en ont découlé ont guidé la mise en place d'une approche pluri-méthodologique inductive et qualitative inspirée de la triangulation comme stratégie de recherche afin d'appréhender différentes dimensions socio-représentationnelles de l'EG. Cette approche et plus précisément la stratégie de recherche et les dispositifs méthodologiques mis en œuvre dans ce travail font l'objet du chapitre suivant.

Chapitre 4. Démarche méthodologique et opérationnalisation de la stratégie de recherche

Le chapitre précédent visait à exposer les ancrages épistémologiques et théoriques mobilisés pour penser l'examen gynécologique (EG), dont le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU), dans le cadre de cette thèse ainsi que sa problématisation et les objectifs de recherche. L'enjeu est maintenant de rendre compte de la stratégie méthodologique globale de recherche et les fondements épistémologiques et théoriques qui ont orientés celle-ci. Les différentes procédures mises en place seront plus amplement détaillées dans les chapitres empiriques correspondants.

Les choix des méthodes et techniques se construisent de façon raisonnée et interdépendante avec l'orientation épistémologico-théorique, les objectifs et les enjeux propres à l'objet de recherche. En cela, au regard de l'approche socio-constructivisme dans laquelle se situe ce travail, il nous faut considérer que ces choix construisent l'objet de recherche, que ce soit dans sa conceptualisation et problématisation, mais aussi dans l'opérationnalisation de la démarche méthodologique et du travail analytique et interprétatif.

Pour appréhender différentes dimensions socio-représentationnelles de l'EG, une démarche de recherche pluri-méthodologique qualitative inspirée de la triangulation a été mise en place. Après une présentation de l'approche pluri-méthodologique inspirée d'une stratégie de triangulation, nous nous arrêterons brièvement sur la démarche qualitative dans lequel s'inscrit ce travail. La section suivante visera à illustrer la réflexivité au regard d'une perspective féministe de recherche. Enfin, nous terminerons en exposant l'opérationnalisation du programme de recherche.

4.1 Une approche pluri-méthodologique de l'examen gynécologique

Sur le plan méthodologique, la perspective socio-génétique des représentations

sociales promeut un polymorphisme méthodologique raisonné invitant à « s'aventurer à pratiquer une psychologie sociale de plein air » (Kalampalikis & Apostolidis, 2016, p. 77), afin de poser un regard holistique pour étudier les phénomènes dans leur complexité et singularité et à partir de leur naturalité. C'est à ce titre qu'une approche pluri-méthodologique inspirée de la triangulation comme une stratégie de recherche inductive constitue un cadre fécond pour opérationnaliser les démarches empiriques de ce travail de thèse. Cette approche permettrait d'appréhender différents niveaux des phénomènes socio-représentationnels liés à l'EG pour apporter une meilleure compréhension des logiques sociales et symboliques pouvant contribuer aux frein de recours de dépistage du CCU et vis-à-vis des violences gynécologiques.

En tant que stratégie de recherche inductive, la triangulation pose la pluri-méthodologie comme un incontournable pour « travailler sur la complexité des phénomènes et leur caractère holistique à partir de leur naturalité » (Kalampalikis & Apostolidis, 2016, p. 76). Bien que non nommé de la sorte, la triangulation, entendu comme la combinaison de différentes méthodes, était déjà d'usage dans les études pionnières dans le champ des représentations sociales, que ce soient les études princeps des représentations sociales de Moscovici (1961) ou les travaux emblématiques de Jodelet (1989a). La triangulation comme stratégie de recherche dans le champ des représentations sociales s'est depuis développé dans différents domaines d'études (*e.g.*, Restivo & Apostolidis, 2019), attestant de sa pertinence pour l'étude de phénomènes socio-représentationnels concernant des objets du monde social. Si cette stratégie de recherche rencontre tant de succès, c'est notamment qu'elle permet d'opérationnaliser une approche socio-représentationnelle par la mise en œuvre sur le plan méthodologique d'une approche située, contextuelle, « multi-niveaux » et relationnelle (Apostolidis, 2006; Caillaud & Flick, 2016). En d'autres termes, au regard du caractère intégratif des représentations sociales, de leur double nature et la nécessité de les étudier à la fois comme contenu et processus, de leurs différentes modalités d'expressions ou encore, de la multiplicité des modes de transmissions, de partages et d'informations : il en est tout autant d'aspects des représentations sociales qui en font leur étude par une seule méthode limitée. Par ailleurs, dans une approche relationnelle, il est question d'interroger la pensée sociale, les expériences et pratiquées liées à l'EG selon les différent·e·s acteur·rice·s de la

relation soignant·e-soignée en gynécologie pour en établir une mise en perspective.

La triangulation pensée comme un programme de recherche repose sur la mise en place de différentes opérations de croisement et de mélange. À cet égard, Denzin (1970) a distingué quatre formes de triangulation :

(1) Triangulation des données : utilisation de différentes sources de données

(2) Triangulation des chercheur·se·s : différent·e·s chercheur·se·s recueillent et/ou analysent les données

(3) Triangulation théorique : utilisation de différentes perspectives théoriques pour interpréter les données

(4) Triangulation méthodologique : utilisation de différentes méthodes de recueil de données

Il s'y ajoute une cinquième forme, la triangulation interdisciplinaire (Janesick, 1998) visant l'articulation des connaissances issues de différents champs disciplinaires. Ces différentes formes de triangulation ont inspiré les travaux entrepris dans cette thèse. Il n'est pas question de viser une articulation complète de ces différentes formes, puisque difficilement atteignable et constituant un travail perpétuel. Par ailleurs, il ne s'agit pas d'un programme « prêt à l'emploi » mais plutôt d'une série de choix raisonné. L'opérationnalisation de la démarche pluri-méthodologique inspirée de la triangulation s'est alors effectuée de façon raisonnée et située au regard de l'objet de recherche, de sa problématisation et des objectifs de la recherche (Apostolidis, 2006), sous-tendu ici par l'approche socio-génétique des représentations sociales dans une perspective critique féministe. En cela, il est question d'une stratégie inductive de recherche qui à partir d'un phénomène observé, cherche à construire progressivement un savoir cohérent et pertinent le concernant (Glaser & Strauss, 2009). Elle implique des chercheur·se·s s'y employant, une posture d'ouverture et d'étonnement face au phénomène étudié, et aussi de créativité sur le plan méthodologique. Ainsi, par la mise en place d'opérations de croisement et de mélange, une démarche de triangulation inductive et pluri-méthodologique est un processus dynamique et raisonné permettant à la fois « d'orienter la recherche (objectifs, problématiques) et d'étudier les différents aspects des influences contextuelles qui s'exercent sur la production et sur la dynamique des représentations (Apostolidis,

2006) » (Kalampalikis & Apostolidis, 2016, p. 75). Enfin, nous noterons qu'une approche pluri-méthodologique inspirée de la triangulation est également d'intérêt pour une perspective féministe en psychologie sociale puisque diversité et innovation méthodologiques sont des composantes clés des recherches féministes (Clark & Braun, 2019).

4.2 Une démarche qualitative

Au regard de l'objet de recherche et de l'intérêt porté à la saisie des phénomènes dans leur naturalité sous tendu par la perspective socio-génétique des représentations sociales, les travaux de cette thèse s'inscrivent dans une approche pluri-méthodologique qualitative. En effet, les démarches qualitatives permettent de saisir les phénomènes étudiés de façon holistique, naturelle et dynamique, (Jodelet, 2003). Autrement dit, les démarches qualitatives offrent la possibilité d'étudier la singularité et la complexité des phénomènes, dans leur émergence et déroulement spontanés, et cela, de façon située. Les évolutions épistémologiques, avec notamment le développement de paradigme socio-constructiviste et critiques en sciences sociales, ont permis de s'extraire d'une critériologie positiviste et redéfinir les critères de qualité des méthodologies qualitatives face aux enjeux posés par l'étude de phénomènes sociaux complexes et culturellement situés (Jodelet, 2003). Les démarches qualitatives sont ainsi d'intérêts pour une psychologie sociale qui étudie la pensée et les pratiques sociales liées à des objets sociaux, historiquement et culturellement ancrés (De Rosa & Arhiri, 2019).

Bien que les travaux de cette thèse s'inscrivent dans une approche pluri-méthodologique qualitative, il ne s'agit pas de se situer en opposition avec des approches quantitatives (Rouan & Pédinielli, 2001). Certaines parties du corpus ont pu faire l'objet de traitement quantitatif et statistique. L'opérationnalisation du programme de recherche est exposée dans une section suivante (voire 4.4 Opérationnalisation du programme de recherche).

Une des particularités des démarches qualitatives est que le/la chercheur·se est à la fois l'outil et l'instrument de recueil des données. À la posture de créativité et d'ouverture qu'implique la triangulation comme stratégie de recherche, c'est aussi une posture compréhensive et réflexive que nécessite la démarche qualitative (Jodelet

2003). La section suivante vise à illustrer cette posture au regard d'un positionnement féministe en recherche.

4.3 Le terrain en psychologue sociale féministe : illustration d'une posture en tension

Parmi les composantes clés des recherches féministes résident l'importance de la réflexivité, en considérant que la position de savant·e est une position de pouvoir. Par ailleurs, nous venons d'évoquer que la réflexivité est inhérente à la démarche qualitative. Cette section vise alors à illustrer cette posture de recherche lors d'une enquête par observations directes de consultations gynécologiques sur différents terrains de prise en charge en gynécologie et notamment en contexte de précarité[34].

Au-delà de l'influence inévitable de la présence du chercheur ou de la chercheuse sur le terrain, il en va de reconnaître, dans la lignée des épistémologies du positionnement, que l'impossible neutralité résulte également de l'influence de la position sociale et du positionnement politique sur le dispositif de l'enquête. Comme le souligne la sociologue Isabelle Clair, la pratique de terrain dans une perspective féministe pose à la personne du chercheur « une responsabilité, éthique et déontologique, indissociable du travail réflexif qui accompagne son entreprise de connaissance » (2016, p. 72) . Outre la prise en compte des rapports sociaux qui structurent la relation d'enquête, il s'agit de considérer que la position de savant est une position de pouvoir, et ce, quelles que soient les caractéristiques sociales de la personne enquêtrice et des personnes enquêtées. Ne se limitant pas au seul moment de la réalisation de l'enquête sur le terrain, cette position de pouvoir résulte du dispositif de l'enquête, depuis la définition de l'objet et sa problématisation, au choix de la méthode, à la façon de mener le terrain et l'analyse, et jusqu'à la restitution des résultats.

À partir de retours réflexifs, j'aborderai ici l'émergence de certains inconforts et affects ressentis (Åhäll, 2018) lors de mon expérience de terrain. Plutôt que de prescrire une « bonne » et unique façon de faire du terrain, il s'agit d'illustrer le travail réflexif « en train de se faire » autour de cette posture singulière d'observatrice dans

[34] Ces réflexions ont fait l'objet d'une publication d'un chapitre pour un ouvrage collectif (Roussel, 2024).

une perspective féministe en psychologie sociale. Considérer que la position de savant·e est une position de pouvoir peut s'avérer source de tensions. En effet, « le rapport de pouvoir induit par le dispositif de l'enquête vient briser la solidarité inscrite au frontispice de l'engagement féministe et rappelle ce dont on a soi-même fait les frais collectivement : transformer la vie des autres en objet et décider qui mérite ou non le statut d'objet ne sont pas des opérations inoffensives » (Clair, 2016, p. 72). Pour illustrer cette posture en tension, entre devoir de solidarité et position de pouvoir, j'aborderai ici trois axes principaux : les particularités de l'observation de la relation soignante-soignée, l'émergence d'un « malaise éthique » (Musso, 2008) quant au recueil de consentement en recherche et les violences gynécologiques in situ.

4.3.1 Quelques particularités de l'observation de la relation soignante-soignée en consultation gynécologique

À l'apparente banalité de la consultation et de l'examen gynécologique, il s'y articule son caractère intime (Guyard, 2002). Cette dimension intime a notamment pour effet que venir observer des consultations gynécologiques n'est *a priori* pas un évènement ordinaire, que ce soit pour les enquêtées ou l'enquêtrice. En amont de mon entrée sur les différents terrains, j'ai éprouvé certaines appréhensions quant au fait d'observer cette intimité en situation médicale. Allais-je être acceptée par les patientes ? Quelles seraient les impacts de ma présence dans l'expérience de cette situation pour les patientes ? Quelle serait la « bonne/juste » distance physique, émotionnelle, à déployer ? Comment allais-je éprouver, ressentir, l'exposition de corps, cette nudité, dans cette situation à la fois banale et extraordinaire ? Par ailleurs, la possibilité d'être témoin de violences gynécologiques et médicales, qu'il s'agisse de propos sexistes ou racistes, de jugements sur le corps, d'examens réalisés sans consentement ou d'autres formes de violence, a été source de questionnements sur cette posture d'observatrice et d'inquiétudes quant à l'impact émotionnel et affectif du dispositif d'enquête. Du fait de mon imprégnation dans les témoignages de violences gynécologiques et du sentiment d'indignation généré par leur lecture, j'opérais en amont de mon entrée sur le terrain une forme d'essentialisation du corps médical en gynécologie, catégorisation sociale négative et réductrice que l'exercice du terrain a ébranlé dès les premières rencontres et observations.

Bien que différemment, j'appréhendais également la façon dont cette recherche

et ma présence seraient reçues par les professionnelles. Au vu du contexte médiatique actuel, j'ai évité d'aborder la problématique des violences gynécologiques lors des premières rencontres, mais aussi durant l'enquête, sauf si elles-mêmes l'évoquaient. Cette omission me semblait nécessaire pour établir une relation de confiance avec les praticiennes et ainsi accéder au terrain[35]. J'ai néanmoins opté pour une certaine transparence quant au point de départ du projet, à savoir que des mauvaises expériences et perceptions négatives de l'examen gynécologique sont des freins au recours au dépistage du cancer du col de l'utérus, en référant mon discours aux rapports de santé publique (HAS 2010).

Une telle approche n'a pas été sans impact sur le déroulement des observations puisqu'entrainant dans une certaine mesure un biais d'échantillonnage. La majorité des praticiennes rencontrées considéraient effectivement que des mauvaises expériences passées de l'examen étaient un frein important. Nawel Bouzid[36], gynécologue médicale, m'a par exemple signifié que ces mauvaises expériences étaient « un puissant frein » puisque « ces femmes ne reviennent plus après », et que cela pouvait d'autant plus concerner les femmes en situation de précarité. À cet enjeu, s'articule la particularité de réaliser des observations en milieu médical en tant que « doctorante en psychologie sociale ». Des psychologues sont souvent présents au sein des équipes, ce qui a pu faciliter mon « identification », mais avec pour inconvénient de se voir être la projection de représentations autour des psychologues et de leur rôle. Nawel me présentait régulièrement comme « *la psy* » qui va « *évaluer ses pratiques* », allant même jusqu'à expliquer les raisons de ma présence à une interne de la manière suivante : « *elle voit si les consultations sont traumatisantes pour les patientes* ».

Face à ces sentiments d'évaluation, voire parfois des demandes des praticiennes d'évaluer leurs pratiques médicales en vue de leur amélioration, je cherchais à resituer la démarche compréhensive du dispositif d'enquête, démarche

[35] Suite à la publication du rapport du HCE (2018) des gynécologues-obstétriciens s'insurgent d'un « *gynéco bashing* » dans un communiqué signé par plus de 400 gynécologues-obstétricien·ne·s (voire https://www.theragora.fr/communiques/CP-Gynecobashing-917.pdf)

[36] Les noms et prénoms ont été modifiés afin de garantir l'anonymat des praticiennes participantes. Le dispositif d'enquête ne me permettant de pas de connaître le prénom des patientes rencontrées, je ne leur ai pas attribué de prénom. Cela souligne la position de pouvoir que j'occupe dans la relation d'enquête, et les différences de relations établies entre moi et les enquêtées, praticiennes et patientes.

motivée par l'approche des représentations sociales. En tant qu'approche compréhensive et phénoménologique (Apostolidis, 2006), l'enjeu est de comprendre le sens et la fonction que les personnes donnent à leur façon de penser et d'agir, plutôt que de savoir si elles ont raison ou tort, agissent correctement ou non, en référence à une rationalité scientifique (i.e., démarche évaluative). Concrètement, cela s'est traduit lors des échanges avec les professionnelles par la mise en place d'un climat relationnel de confiance par le développement d'une posture compréhensive et d'ouverture en m'inspirant de l'approche non-directive rogérienne (*e.g.*, non jugement, empathie, ouverture, écoute active) (Rogers, 1942), et aussi en resituant explicitement le cadre et l'objet de ma présence quand nécessaire.

Mon statut et ma présence a induit pour la majorité des praticiennes rencontrées des réflexions sur leurs pratiques, dont elles m'ont fait part. Pour d'autres, notamment dans un service où les consultations étaient majoritairement assurées par des internes en gynécologie ou médecine générale en binôme et avec un *turn-over* important, j'étais comme fondue dans la masse. Par ailleurs, mon statut de doctorante, et donc d'étudiante, a pu faciliter mon accès aux différents terrains car je pouvais être assimilée à celui d'interne. La totalité des professionnelles rencontrées étaient également maîtresses de stage et accueillaient dans leurs consultations des internes en gynécologie ou médecine générale et des externes sage-femmes.

Auprès des patientes, je m'attendais initialement à de nombreux refus. J'ai été surprise de constater que la quasi-totalité des patientes ont accepté que j'assiste à leurs consultations. En effet, sur toutes les patientes rencontrées (n = 114), seule deux d'entre elles ont exprimé un refus, dont une qui m'a signifié que c'était sa première consultation et qu'elle était très stressée, c'est pourquoi elle préférait que je ne reste pas. Pour les patientes ayant accepté, elles ponctuaient parfois leur accord de commentaire comme « *pas de soucis, je suis pas pudique* » ou « *tant que vous êtes une femme* », soulignant ici certains enjeux de l'EG dans le rapport à la pudeur et au genre. Pour d'autres patientes, j'ai pu être associée au statut d'interne en médecine. Enfin la majorité ont accepté sans signifier de quelconques réactions, verbalement ou non-verbalement. En cela, s'il est enjeu en tant qu'enquêtrice d'assister à leur consultation dans le respect des personnes et de leur droit, l'enjeu pour elles semble surtout se placer sur le pourquoi elles sont là, soit sur leur consultation gynécologique.

Ces quelques éléments soulignent certains enjeux et singularités de la pratique de l'observation de consultations gynécologiques dans une perspective féministe en psychologie sociale. L'observation n'est pas le reflet du déroulement « naturel » du fait de l'influence de ma présence et des interactions avec les enquêtées, et cela, en fonction de leurs investissements et projections quant à mon rôle dans un contexte singulier. Ces modifications engendrées par ma présence se révèlent partie intégrante du processus d'analyse plutôt que des évènements à annihiler dans une tentative illusoire de neutralité (Olivier de Sardan, 1995). Le dispositif d'enquête devient alors révélateur de certains enjeux de la consultation et de l'examen gynécologique. Je pense notamment à ces praticiennes qui me signifiaient l'importance de respecter le temps du déshabillage au moment même où la patiente se déshabillait, me paraissaient appuyer davantage sur le consentement, ou certaines patientes qui m'adressaient des regards, parfois accompagnés de rires traduisant une certaine gêne, lorsque la sexualité était abordée durant la consultation.

Les différentes appréhensions envers les patientes et professionnelles témoignent de l'asymétrie des relations et rapports d'enquêtrice à enquêtées, soulignant la singularité d'observer la « relation soignante-soignée » dans le contexte de la consultation gynécologique. En tant que femme blanche, née au début des années 1990 et en études supérieures, j'avais davantage de proximité en termes de caractéristiques sociales avec les professionnelles. Une certaine asymétrie demeurait du fait de mon statut de doctorante/étudiante, mais aussi de non-experte d'un point de vue médical. Par ailleurs, de cette position sociale, certains enjeux liés à la prise en charge en gynécologie en contexte de précarité m'étaient de prime abord inconnus, comme la problématique de la barrière de la langue en consultation ou les contraintes de suivi inégales en fonction des positions des femmes dans l'espace social (Boulet, 2021).

4.3.2 Malaise éthique autour du recueil de consentement en recherche

Au cœur des revendications féministes quant aux violences médicales et gynécologiques réside le droit au consentement libre et éclairé pour toute pratique

médicale, droit qui s'inscrit dans les textes législatifs encadrant ces pratiques[37]. L'avènement de la notion de consentement dans l'éthique médicale manifeste une évolution relative d'un modèle paternaliste traditionnel de la relation médicale vers un modèle libéral, qui intègre les patients et patientes dans le processus de prise de décision (Jaunait, 2003). La recherche en santé fait également l'objet de réglementations en matière d'éthique et de protection des personnes et des données. Selon le rapport Belmont de 1979, l'éthique de la « recherche sur les sujets humains » en santé repose sur trois principes : respect des personnes, bienfaisance et justice, le premier se traduisant en terme pratique au consentement informé des personnes. Actuellement, les recherches biomédicales impliquant la personne humaine relèvent de la Loi Jardé de 2012, nécessitant l'évaluation par un Comité de Protection des Personnes. Concernant les recherches en sciences humaines et sociales en santé, bien qu'elles ne fassent pas l'objet des mêmes réglementations, les modèles biomédicaux de l'éthique s'y sont généralisés. Les procédures et règles éthiques des sciences biomédicales appliquées aux sciences humaines et sociales concernent principalement le recueil de consentement « éclairé » qui doit garantir le principe de respect et d'autonomie des personnes (Desprès, 2020; Fassin, 2008). Il ne s'agit pas ici de réfuter la nécessité éthique de ce recueil, ni de contester les principes éthiques des modèles biomédicaux, mais davantage d'explorer l'émergence d'un malaise éthique quant au recueil de consentement dans la pratique de terrain.

Du fait des enjeux inhérents à la consultation gynécologique, la demande de consentement quant à ma présence lors des consultations et des examens était indispensable pour les patientes (et les praticiennes) d'un point vue éthique et déontologique en tant que psychologue sociale[38], mais aussi en tant que féministe. En amont, cette opération de recherche a fait l'objet d'une évaluation par un comité d'éthique. Celui-ci vise à accompagner les investigateurs dans leur démarche scientifique concernant les enjeux éthiques et déontologiques du protocole de recherche et ses potentiels impacts sur les personnes participantes à l'étude suivant les principes susmentionnés. Bien que non-obligatoire, ces évaluations sont fortement recommandées, notamment à des fins de publication. Par ailleurs, l'enquête se

[37] Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
[38] Je fais notamment référence ici aux principes et articles du code de déontologie des psychologues.

réalisant en partenariat avec des institutions médicales, l'avis du comité d'éthique a pu m'être demandé afin que j'accède à certains terrains. La constitution du dossier a permis d'anticiper et de réfléchir concrètement au déroulement de l'enquête, mais aussi de cadrer le recueil de consentement par sa formalisation avec une notice d'information et un formulaire à remplir et signer par les participantes.

Par le dispositif d'enquête de terrain déployé, à savoir un focus sur l'observation de consultations gynécologiques, j'avais peu d'échanges avec les patientes rencontrées, si ce n'est pour demander et recueillir leur consentement au début de leur consultation et leur poser quelques questions socio-démographiques en fin de consultation[39]. Ayant connaissance des contraintes temporelles liées au milieu médical, j'ai préparé en amont de mon entrée sur le terrain une courte présentation explicitant qui j'étais, les raisons de ma présence, ce que cela impliquait et demandant explicitement leur accord à ma présence. J'ai également mis en place certaines mesures pour tenter d'amoindrir le rapport de pouvoir propre à la situation d'enquête : non-port de la blouse blanche, appui dans mon discours sur la possibilité de refuser sans avoir à se justifier, proposer de m'absenter ou rester en retrait durant l'examen s'il y en a, etc. Équipée de la notice d'information, du formulaire de recueil de consentement, et de mon discours de présentation teinté d'un vocabulaire universitaire, il me semblait être initialement une façon de laisser aux patientes la liberté de refuser ou d'accepter ma présence en consultation. Je me suis rapidement rendu compte des limites, assez prévisibles pour certaines, d'un tel équipement, mettant à mal cette représentation idéalisée d'un recueil de consentement « éclairé ». Plus précisément, la dimension « éclairée » du consentement peut être amenée à perdre de son sens quand certaines patientes, du fait de la barrière de la langue, ne pouvaient pas comprendre l'objet de ma demande. Parfois, c'était en observant l'interaction entre praticienne et patiente durant la consultation que je comprenais que la patiente ne maîtrisait pas la langue française et avait accepté ma présence de façon presque mécanique. Plus largement, le niveau d'éducation ou encore le niveau socio-économique, couplés aux contraintes temporelles liées aux terrains, sont tout autant

[39] Il a pu tout de même arriver que certaines échangent avec moi durant la consultation lorsque les professionnelles s'absentaient, que je sois sollicitée par les praticiennes ou les patientes pour les aider à traduire en anglais, ou encore prendre part à des échanges.

de caractéristiques qui peuvent entraver la compréhension des informations transmises et ma demande. Ces caractéristiques liées au type de patientèle, marquées à des degrés variables par une importante précarité, peuvent également influer sur le rapport des personnes à l'institution et à l'autorité médicale, auxquelles j'ai pu être associée. Ces situations ont pu alors entraîner des formes de consentement comme l'expression d'une « obéissance » face à l'institution médicale de la part des patientes (Bergeron, 2007).

Auprès des professionnelles, il était parfois nécessaire de m'imposer pour cette demande de consentement aux patientes. Prises dans l'enchaînement des consultations avec une certaine normalisation de la présence d'internes, elles pouvaient ne pas me laisser le temps de me présenter[40]. S'articule également les caractéristiques concrètes de la rencontre avec les patientes, puisqu'elles entraient dans une salle de consultation, accompagnées de la praticienne, dans laquelle j'étais déjà présente avec mes documents. J'étais parfois introduite comme « ma collègue », « on est deux aujourd'hui ! », mais par d'autres aussi comme « je suis avec Sarah aujourd'hui, elle va vous expliquer ». Dans une certaine mesure, j'imposais d'ores et déjà ma présence dans cet espace de consultation. Cette imposition couplée à l'étrangeté de la situation a pu engendrer chez certaines patientes des réactions de méfiance à mon égard dans l'instant de la rencontre.

À ces conditions, c'est la formalisation du recueil de consentement par l'utilisation d'un formulaire à remplir et signer qui s'est révélée particulièrement source d'inconfort. En effet, ce « geste bureaucratique » (Fassin, 2008) faisant suite à l'obtention oral du consentement des patientes est venu réduire le recueil de consentement à l'obtention d'un accord formel. Ce dernier peut davantage refléter une déresponsabilisation de ma personne, voire même une forme de soumission des enquêtées à mon égard, plutôt qu'un souci de respect et de protection des personnes et de leurs droits (Fassin, 2008). Bien que cet accord formel me soit apparu rapidement réducteur, voire même antagoniste à une posture féministe, j'ai maintenu ce recueil formalisé. J'ai pris néanmoins certaines libertés, comme indiquer aux patientes qu'elles pouvaient se contenter d'une signature, même une croix, sans avoir à indiquer

[40] Majoritairement, la demande et le recueil de consentement ont été intégrés dans la ritualisation du déroulé des consultations.

leur nom et prénom comme demandé sur le formulaire. Il peut être perçu de façon paradoxale que j'indique oralement et sur la notice que « tout est strictement anonyme et confidentiel » puis que je leur demande de renseigner leur nom et prénom sur un formulaire que je conserve, paradoxe qu'une patiente m'a d'ailleurs souligné. Pour quelques rares situations, les patientes ont donné leur accord oral mais n'ont pas souhaité signer le formulaire de consentement.

Le malaise éthique éprouvé résulte *in fine* de l'inadéquation entre la procédure formalisée du recueil de consentement « éclairé » et les conditions de ce recueil dans ce contexte singulier, et cela au regard de mon ancrage épistémologique. En effet, pouvons-nous considérer que ces conditions relèvent du consentement « éclairé » auprès de personnes envisagées comme des agents autonomes et indépendants ? Que ce soit la formalisation de cette demande, les caractéristiques de la rencontre ou celles de la patientèle, et ce dans un contexte institutionnel et médical traversé par des rapports de pouvoir et de domination, ces conditions ne sont pas sans effet sur l'asymétrie des relations s'établissant entre l'enquêtrice et les patientes (Bergeron, 2007). Bien qu'informer les patientes et demander leur accord est incontournable, la mise en forme des informations couplée au recueil formalisé peut alors se révéler marqueur d'une distance sociale accentuant l'inhérente asymétrie des relations, et ce dans un contexte déjà empreint d'une hiérarchie sociale. De l'inévitable inconfort éprouvé s'est installé un malaise éthique du fait des conditions du recueil de consentement appuyant d'autant plus cette position de pouvoir que j'occupais par rapport aux patientes.

Cet ensemble de règles éthiques normatives, pensées et construites sur un modèle de recherche hypothético-déductif et expérimental en médecine, s'avère non adapté aux enjeux et contraintes de l'enquête de terrain. En cela, « prétendre résumer l'exigence éthique au formalisme d'un accord signé dans un échange inégal entre l'enquêteur et l'enquêté, c'est ôter son contenu à ce rapport pour lui préférer la sécurité légaliste d'un contrat, c'est renoncer à l'ambiguïté du travail ethnographique, toujours objet de négociation et d'interrogation, pour lui substituer la fausse assurance d'une attestation institutionnelle » (Fassin, 2008, p. 127). Au-delà de l'inadéquation de ce formalisme à l'enquête de terrain, ce malaise éthique traduit une sorte de rupture épistémologico-théorique. Par le dispositif mis en place, il se traduit une conception

libérale du sujet, comme autonome, indépendant, isolé et a-contexte, pour lequel la délivrance d'une information adaptée lui permet de faire un choix « libre et éclairé ». Une telle conception est largement retrouvée dans la médecine et la recherche biomédicale moderne (Jaunait, 2003), mais aussi dans la recherche en psychologie (Tiberghien & Beauvois, 2008). Il s'y dessine alors une représentation du consentement selon une perspective contractualiste, entre personnes considérées comme égales et, *in fine*, sans tenir compte des rapports de pouvoir et de domination qui structurent la relation d'enquête.

Ces enjeux relatifs au recueil de consentement en recherche ne concernent pas uniquement une perspective féministe mais s'étendent plus largement aux sciences humaines et sociales. Néanmoins, ce malaise éthique éprouvé résulte, entre autres, de cette volonté d'une posture féministe sur le terrain. Par ailleurs, cet engagement féministe est venu orienter mon regard (Gasquet, 2015) sur les consultations observées autour de la problématique du consentement à l'examen gynécologique. Dans une sorte de mise en abyme, ces quelques réflexions sur le recueil de consentement dans la pratique de terrain se sont entremêlées et mutuellement enrichies avec les pistes de réflexions et d'analyses sur les représentations et les pratiques du consentement en gynécologie.

4.3.3 Les « violences gynécologiques » *in situ* : affects et posture et leur valeur heuristique

Notion émergeante dans le champ médiatique, politique, médical mais aussi académique français, la définition conceptuelle des violences gynécologiques et leur délimitation restent polémiques et polysémiques (Rozée & Schantz, 2022). En tant qu'expérience subjective, « ce qui fait violence » diffère d'une personne à une autre. Tout le long de l'enquête, il en a été un questionnement récurent puisque ce qui peut constituer une violence selon ma subjectivité, mes référentiels et systèmes de représentations, n'est pas forcément considéré de la sorte par les enquêtées. Ce questionnement a été renforcé par le fait que le dispositif d'enquête ne permettait pas de recueillir les discours des patientes à propos de leurs expériences de leur consultation.

À plusieurs occasions, je me suis retrouvée dans une posture inconfortable en

tant qu'observatrice, à la fois extérieure et témoin de cette réalité sociale. Pour laisser cours au déroulé des consultations observées, j'ai essayé, dans la mesure du possible, de me tenir en retrait de l'interaction soignante-soignée. Je m'installais sur un siège généralement derrière celui de la praticienne durant les temps d'échanges et dans un endroit reculé lors de l'examen. Outre parfois l'émergence de sentiments de gêne, certaines consultations m'ont particulièrement « affectée » (Favret-Saada, 1990), venant mettre en tension ma posture d'observatrice dans l'instant de la consultation.

Un exemple est une consultation conduite en 2021, qui m'a marquée à plusieurs égards :

> *Je suis aujourd'hui les consultations gynécologiques d'un service dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) pour la première fois. Elles sont majoritairement assurées par des internes en gynécologie ou en médecine générale, le plus souvent en binôme, la plus expérimentée menant la consultation. Nous sommes trois personnes présentes dans une salle assez exiguë : Inès, interne en gynécologie médicale, Laura, interne en médecine générale, et moi-même. Inès va chercher la première patiente, qui vient pour un retrait d'implant et un frottis. La patiente est noire, porte un hijab, immigrée du Soudan et a quelques notions de français. Elles mèneront l'interrogatoire en français approximatif, s'appuyant sur Google traduction pour se faire comprendre. Durant l'interrogatoire Inès demande à la patiente si elle a déjà vécu des violences. La patiente ne comprend pas. Les deux internes se regardent, rient, semblant gênées par la situation. Elle reformule, en français, « tout se passe bien à la maison ? violences verbales, gestuelles ? ». La patiente ne comprend pas. Laura intervient alors dans l'échange et « mime » les violences en tapant du poing dans sa main en commentant « à la maison ? ». La patiente semble interloquée et répond un « non » ferme. Vient ensuite le moment de l'examen. La patiente se déshabille dans l'espace dédié, séparé par un paravent. Inès est présente dans l'espace et prépare les instruments pour réaliser le frottis. La patiente s'installe sur la chaise gynécologique, pieds dans les étriers. Inès et Laura sont toutes deux face à la patiente exposée. Elles échangent entre elles. Sans prévenir et toujours en discutant avec sa collègue, Inès insère le spéculum. La patiente gémit, elle semble avoir mal. Inès poursuit l'examen en commentant : « je vous fait un petit prélèvement ». À plusieurs reprises la patiente indique avoir mal, verbalement et non-verbalement. Les deux internes poursuivent leurs échanges entre elles sans montrer d'attention à la patiente. Une fois le prélèvement terminé, Inès indique « voilà, fini ». La patiente se rhabille, toujours en présence des deux internes. La consultation se poursuit avec le retrait d'implant pour lequel Inès parait davantage s'inquiéter de la douleur de la patiente puisqu'elle lui demandera à plusieurs reprises « ça va, je vous fais pas mal ? ». La consultation se termine sur des explications concernant l'implant et la cicatrisation. Une fois la patiente repartie, les deux internes échangent à*

son propos. Celle qui a fait l'examen commente : « elle était circoncise, tu vois, ça, elle me l'a pas dit. » (Extrait carnet de terrain, 6 Juillet 2021)

Durant cette consultation, lorsque Laura a « mimé » les violences, j'ai été prise d'une forme d'état de stupeur qui a évolué par la suite en un conflit interne lors de l'examen gynécologique. En effet, j'étais témoin d'une indifférence des deux internes envers la patiente et ses expressions explicites de douleur, soulignant ici une forme de déshumanisation sur fond de préjugés raciaux (Hoffman et al., 2016; Maina et al., 2018). De tels préjugés se sont corroborés par le fait et la façon dont le potentiel vécu de violence a été interrogé[41], et lorsqu'Inès nous a fait part d'un présupposé mensonge par omission de la patiente quant aux mutilations génitales qu'elle avait constaté lors de l'examen. En plus de l'indifférence à la douleur, ces propos ont été une autre raison de mon inconfort.

La virulence perçue de cette consultation a mis en tension cette posture d'observatrice externe, « non-participante », au regard de mon engagement féministe puisque « lorsqu'on enquête en féministe, la condition de témoin oblige à intervenir et en solidarité avec la victime » (Clair, 2016, p. 78). Peut-être aurais-je dû intervenir, ne serait-ce que pour rassurer la patiente, en prenant le risque de fermer l'accès au terrain, ou peut-être que mon intervention aurait-elle au contraire aggraver la situation. Il en reste que je ne suis pas intervenue. Cette non-intervention a résulté de la stupeur ressentie couplée aux conditions de cette observation. En effet, il s'agissait de ma première observation dans ce service, avec des internes avec lesquelles aucune relation n'était établie puisque je les avais rencontrées quelques instants avant cette consultation. Ce n'est que lorsque j'ai quitté le service, et donc cette inconfortable posture, qu'une émotion de colère a émergé, ou en tout cas, qu'elle a eu l'espace de s'exprimer. De telles observations ont été par la suite difficiles à retranscrire car « dans le moment où on est le plus affecté, on ne peut pas rapporter l'expérience » (Favret-Saada, 1990, p. 9).

À ces consultations minoritaires où les rapports de domination et de pouvoir s'actualisent dans l'immédiateté de la relation soignante-soignée, l'expérience du terrain m'a également affectée sur bien d'autres aspects, telles les inégalités de genre

[41] Bien que dépister les violences faites aux femmes peut faire partie de l'interrogatoire en gynécologie, c'est la seule patiente à qui cette question a été posée durant mes observations dans ce service.

et/ou inégalités sociales de santé qui traversent la gynécologie plus largement. Pour illustrer, je mentionnerai le poids de la norme contraceptive et ses implications (émotionnelles, physiques, matérielles) sur les patientes. Que ce soient les poses de Dispositif Intra-Utérin (DIU ou stérilet) quasi-systématiquement douloureuses, les effets secondaires des hormones, les poses et retraits d'implants difficiles, la multiplicité des examens et rendez-vous médicaux avant d'obtenir une contraception, etc., leur observation a été génératrice d'un sentiment d'injustice. Un tel sentiment a pu également prendre place face aux conditions matérielles inégales en fonction des lieux de suivi accueillant à des degrés variables une patientèle en situation de précarité. Ces conditions peuvent par exemple jouer sur le confort des patientes et/ou des praticiennes lors de l'examen (*e.g.*, chaise gynécologique à hauteur réglable), ou encore sur les possibilités d'examens (*e.g.*, absence d'appareil pour les échographies endovaginales). Il n'est pas tellement question ici d'une mise en tension de la posture d'observatrice dans l'instant de la consultation, mais plutôt de souligner comment l'expérience du terrain peut matérialiser dans le réel tout un ensemble de violences « implicites » et symboliques, rendant compte des rapports sociaux hiérarchisés qui s'actualisent en gynécologie.

Que ce soit en m'informant de l'anormalité de la situation dans l'extrait présenté ou encore par la mise en avant d'un ensemble de violences symboliques, les affects ressentis ont une valeur heuristique. Il ne s'agit évidemment pas d'une source de connaissance des affects des patientes (ou des praticiennes) puisque je n'occupais pas leur place et position dans la situation (Favret-Saada, 1990), ce qui reviendrait à essentialiser mes inconforts et affects sur le présupposé d'une identité partagée en tant que femme. Bien qu'ayant certaines connaissances académiques, mais aussi personnelles et subjectives de la gynécologie en tant que femme, les affects éprouvés ont informé les enjeux propres aux contextes étudiés.

D'une vision initialement réductrice des violences gynécologiques comme étant principalement des pratiques et discours explicitement « violents » selon mes valeurs et systèmes de représentations, et prenant place dans l'immédiateté de la relation soignante-soignée, les affects éprouvés m'ont amené à envisager de façon plus complexe cette notion. Comme le souligne la sociologue Anne-Marie Devreux

même s'il n'est pas toujours visible partout ni virulent, l'antagonisme [des rapports sociaux] est permanent parce qu'il est inhérent à l'oppression elle-même. Il n'est pas le fait que des seuls conflits ouverts et violents, mais il correspond à une violence physique et symbolique constante qui est le moyen privilégié de contrôler l'impact de l'oppression sur le corps, la liberté de mouvement et la pensée même des dominées. (Devreux, 2001, p. 105)

4.3.4 Pour conclure

Au regard d'un contexte de recherche en psychologie sociale marqué par la prégnance du paradigme (post-)positiviste, je souhaite souligner certains enjeux de l'observation directe sur le terrain dans un positionnement féministe. D'un point de vue épistémologique, cette approche se situe en rupture avec le postulat positiviste qui considère le sujet connaissant comme séparé de l'objet de recherche, ou qui cherche à maintenir un idéal de séparation. Plutôt qu'un biais à corriger dans une tentative illusoire de neutralité, l'engagement féministe a été une ressource fructueuse pour générer et renouveler le projet de connaissance quant à l'examen gynécologique, en considérant ma trajectoire de chercheuse en psychologie sociale. Par ailleurs, dans la lignée des épistémologies féministes du positionnement, l'idée n'est pas tant d'affirmer que les recherches féministes sont davantage impartiales : il est question de reconnaitre le caractère socialement situé et éminemment politique de toute démarche de connaissance.

Enfin, la pratique du terrain implique pour la personne enquêtrice de se confronter à l'incertitude et l'ambiguïté incessantes du contexte étudié. Sujet connaissant, objet de recherche et personnes enquêtées se trouvent liées de façon interactive dans le projet de connaissance. Il se pose ainsi un impératif de réflexivité qui va de pair avec la rigueur scientifique. Par l'inscription des tensions et affects dans une démarche réflexive et féministe, le rapport subjectif à l'expérience de terrain peut être une ressource pour alimenter les questionnements de recherche et révéler certaines facettes de l'objet étudié, mais aussi pour penser une posture féministe. Bien que l'inconfort soit inhérent à l'enquête de terrain (Soudière, 1988), considérer que la position de sachant·e est une position de pouvoir permet de poser un regard singulier sur les pratiques de terrain et d'engager des réflexions quant aux enjeux éthiques et

déontologique en recherche.

4.4 Opérationnalisation du programme de recherche

De façon générale, cette thèse se pose comme objectif de proposer une analyse psychosociale et féministe de l'EG pour une meilleure compréhension des logiques sociales et symboliques qui s'actualise dans cette situation au regard du dépistage du CCU, des inégalités sociales de santé associées et des violences gynécologiques. Pour cela, nous cherchons à appréhender différents phénomènes socio-représentationnels liées à l'EG dans leur émergence et déroulement spontanés en fonction du contexte de production, des modalités d'expression ou encore, des différent·e·s acteur·rice·s de la relation médicale. C'est à ce titre qu'une approche pluri-méthodologique inductive et qualitative inspirée de la triangulation en s'appuyant sur un recueil *in situ* a été déployé. Cette approche s'articule autour de trois opérations de recherche : une enquête à partir des médias digitaux, une enquête par observation de consultations gynécologiques et une enquête par entretiens semi-directifs. La Figure 8 présente une schématisation de l'opérationnalisation du programme de recherche.

Bien que ces opérations soient exposées de façon linéaire ci-dessous par souci de lisibilité, je soulignerai que les étapes d'élaboration et de mise en place des différentes opérations de recherche, ainsi que les analyses et interprétations se sont s'enchevêtrées. En effet, il est question d'un processus itératif d'allers-retours entre opération de recueil, analyse des données et conceptualisation afin de construire un savoir cohérent et pertinent à partir d'un phénomène singulier et situé (Glaser & Strauss, 2009).

4.4.1 Enquête à partir des médias digitaux (chapitre 5)

Pour répondre à notre premier objectif d'une exploration et d'analyse des phénomènes socio-représentationnels liés à l'EG à partir des communications sociales sur les médias digitaux, une enquête inductive et qualitative à partir des médias digitaux (i.e., sites, forums, réseaux sociaux, blogs) a été mise en place.

Un des points originels de la mise en place de cette opération de recherche sont

les enjeux propres à l'objet de recherche[42]. En effet, depuis les années 2014-2015, le contexte français est marqué par une importante médiatisation d'expériences négatives au cours du suivi gynécologique via notamment la publication de témoignages de violences gynécologiques et médicales sur les réseaux sociaux. C'est pourquoi cette opération de recherche s'est posée comme une « évidence » pour l'étude de la pensée sociale et des expériences vécues liées à l'EG, qui plus est, au regard d'un objet pouvant relever du domaine privé, dont on ne parle pas ou peu.

Au-delà de ce facteur conjoncturel, cette étude était également motivée par l'ancrage épistémologico-théorique et les objectifs de ce travail de thèse, avec notamment un intérêt envers les expériences subjectives et sociales liées à l'EG et les systèmes de représentations mobilisées, à partir de données « naturelles ». Dans le domaine de la santé, Internet est devenue une source majeure d'information, avec 60.3% des personnes utilisant Internet comme source d'informations liées à la santé en France en 2017, dont majoritairement des femmes, jeunes, avec un haut niveau d'étude et de revenu (Ducrot et al., 2021). Plus qu'une source d'information en santé, les médias digitaux ont permis la création et la profusion d'espaces de socialisation complémentaires et alternatifs puisqu'ils sont largement utilisés par les individus pour communiquer et interagir. Puisque la pensée sociale s'élabore, se maintient et se diffuse au travers des communications et interactions sociales, les médias digitaux représentent des lieux d'intérêts pour l'étude des phénomènes représentationnels, nécessitant d'en souligner certaines spécificités.

Ces « cyberespaces » se distinguent des situations non-digitales (*e.g.*, interaction en « face-à-face »), du fait des caractéristiques spécifiques de ces médias et de leur influence sur les modalités de communications et d'interactions (McKenna & Bargh, 2000). En contexte digital, les barrières d'espace et de temps sont minimisés voire éliminés, permettant de communiquer et interagir de manière instantanée, interactive et asynchronique avec d'autres personnes qui sont géographiquement distribuées. Ces cyberespaces offrent la possibilité de davantage d'anonymat couplé

[42] Ce sont aussi des conditions concrètes de la mise en place des différentes opérations que cette étude a été agencée, compte de tenu de l'impossibilité d'accès aux terrains durant l'année 2020 du fait de la crise sanitaire liée à la covid-19.

à une relative désincarnation (*e.g.*, matérialité des corps), permettant de contrôler les informations sur soi transmises à autrui, tant sur la temporalité que sur le contenu de ces informations. Cela pourrait favoriser une présentation de soi plutôt authentique que stratégique (Goffman, 1973; Seale et al., 2010), offrir une plus grande liberté aux individus pour définir et performer leurs identités, mais aussi favoriser des effets de désindividuation. Cette caractéristique des médias digitaux favoriserait également l'abord de thématiques liées à l'intime et la sexualité (Seale et al., 2010), ce qui en fait des lieux propices pour explorer des objets sensibles comme l'EG. Par ailleurs, ces cyberespaces sont devenus des lieux d'expression et de socialisation privilégiés pour les groupes opprimés concernant leurs expériences vécues, généralement considérées comme déviantes ou privées, afin d'exposer ces expériences dans le domaine publique et de les penser en termes politiques (Mendes et al., 2019; Quéré, 2016). Cela s'illustre par les mobilisations de dénonciation de violences gynécologiques en France comme d'autres mouvements (*e.g.*, #metoo, « *Hashtag activism* », Bogen et al., 2019; Maas et al., 2018). Ils semblent être des lieux propices pour l'étude de discours contre-normatifs et/ou opposés aux discours dominants.

Les spécificités du contexte Français, caractérisé par un mouvement de dénonciation d'expériences négatives liées à l'EG sur les médias digitaux, tout comme les spécificités de ces médias et leur influence sur les communications et interactions, nous amènent à considérer les médias digitaux en France comme des lieux d'intérêts pour l'étude des phénomènes socio-représentationnels liés à l'EG. Cette enquête à partir des médias digitaux rend alors possible d'explorer en termes de pratiques sociales la façon dont sont utilisés ces cyberespaces par les personnes tout en permettant l'accès à la mise en sens des expériences vécues en gynécologie au travers des discours qui en sont issus.

4.4.2 Enquête par observations directes de consultations gynécologiques (chapitre 6)

Dans une visée d'exploration des pratiques et interactions soignant·e-soignée en milieu réel, une enquête par observations directes de consultations gynécologiques a été mise en place. Ces observations se sont déroulées sur différents terrains de prise

en charge en gynécologie. Inspirée d'une démarche ethnographique[43], l'observation directe, *in situ*, offre la possibilité d'étudier les pratiques et représentations dans leur émergence et déroulement spontanés, et de façon contextualisée (Jodelet, 2003; Olivier de Sardan, 1995). En outre, comme l'a montré Jodelet (1989a), certains aspects des représentations ne se révèlent et ne s'expriment qu'au travers des pratiques sociales (Abric, 1994b).

Compte tenu des polémiques liées à l'EG, de la médiatisation des violences gynécologiques et des enjeux socio-symboliques (*e.g.*, connotation sexuelle, intime) propres à l'objet, l'étude des phénomènes représentationnels liés à l'examen par les discours seuls nous semblait limitée (*e.g.*, désirabilité sociale). L'observation directe se trouve ainsi particulièrement adaptée pour étudier des comportements et pratiques qui sont difficilement verbalisables ou inversement, qui le sont trop amenant au risque de discours normatifs (Arborio & Fournier, 2021). À cet égard, Chen et al. (2009) ont par exemple montré à Taiwan que des médecins évaluaient comme important le fait de considérer le confort et l'anxiété des patientes ou demander et obtenir le consentement avant l'EG, mais que ces procédures étaient significativement peu observées dans leurs pratiques effectives.

Dans une démarche ethnographique, l'observation directe se caractérise par une immersion prolongée, une présence sur le « terrain » de la personne du chercheur pour y observer, décrire, comprendre et interpréter une situation donnée. Bien qu'à des degrés variables, la personne enquêtrice se trouve à la fois « témoin de la réalité sociale » (Jodelet, 2003, p. 152) étudiée, mais aussi co-actrice de cette réalité du fait de l'engagement inévitable dans des interactions avec les personnes enquêtées (Jodelet, 2003; Olivier de Sardan, 1995), soulignant l'importance de s'inscrire dans une démarche de réflexivité. En cela, si l'observation permet également le recueil de données naturelles, l'influence de la personne enquêtrice est à prendre en compte. Plus encore, comme mentionné dans la section précédente, les modifications engendrées par ma présence se révèlent partie intégrante du processus d'analyse plutôt que des évènements à annihiler dans une tentative illusoire de neutralité

[43] L'enquête ethnographique recouvre schématiquement diverses techniques de production de données (*e.g.*, observations, entretiens, recueil de sources écrites) et leur combinaison, avec la particularité d'être une enquête *in situ*, sur le « terrain » (Olivier de Sardan, 1995).

(Olivier de Sardan, 1995). Le dispositif d'enquête devient alors révélateur de certains enjeux de la consultation et de l'EG.

Si nous reviendrons plus amplement sur l'opérationnalisation de l'enquête dans le chapitre correspondant, je souhaite souligner ici comment l'approche pluri-méthodologique inspirée de la triangulation comme stratégie de recherche s'est opérationnalisée. Pour rappel, le schéma présenté dans les objectifs a guidé le déroulement de l'enquête, que ce soient les observations réalisées, leur analyse et le travail interprétatif des données (voire Figure 7). Pour le recueil de données, s'est ajouté au « carnet de terrain » l'utilisation d'une grille d'observation systématisée. Celle-ci s'est construite à partir des transcriptions des consultations observées lors d'une première phase exploratoire, de la littérature scientifique (*e.g.*, Chen et al., 2008; Guyard, 2002) et aussi, au regard de l'analyse des phénomènes socio-représentationnels liés à l'EG à partir des médias digitaux. Le dispositif d'enquête a permis le recueil de données à la fois qualitatives et quantitatives dont les analyses ont fait l'objet d'un croisement pour nous informer et objectiver les dimensions psychosociales liées à l'EG dans les discours et les pratiques, de façon située et contextualisée. Enfin, quelques sessions de triangulation des analystes (i.e., double analyse des données) avec Léa Restivo, MCF en psychologie sociale, et parfois avec Thémis Apostolidis, PU en psychologie sociale, ont également été mises en place.

4.4.3 Enquête par entretiens semi-directifs (chapitre 7)

Pour analyser la mise en sens des expériences vécues et des pratiques liées à l'EG, une enquête par entretiens semi-directifs individuels a été mise en place. Pour opérationnaliser le croisement des points de vue sur l'EG, ces entretiens ont été réalisés auprès de deux populations : (1) des professionnel·le·s de la gynécologie, exerçant ou non en contexte de précarité, et (2) des femmes, ayant recours ou non aux soins gynécologiques et en situation de précarité ou plus favorisée. Cette opération de recherche s'inscrit dans le prolongement des précédentes, et notamment de l'enquête par observations directes. En effet, si l'observation directe permet d'accéder aux pratiques effectives, le recours à l'entretien semi-directif individuel permet de recueillir un discours sur les pratiques (Arborio & Fournier, 2021). Leur articulation se révèle alors d'intérêt pour explorer les systèmes de relation entre

pratiques et représentations. Dans le cadre d'enquêtes socio-anthropologiques, observations, entretiens et leur articulation ont d'ailleurs été privilégiés par les recherches critiques existantes portant sur la gynécologie et la consultation gynécologique (Guyard, 2002; Koechlin, 2022b; Ruault, 2015).

Au regard de l'ancrage théorique et de nos objectifs de recherche, nous avons recouru à la technique de l'entretien semi-directif pour le recueil de données discursives quant aux expériences, pratiques et leur mise en sens en fonction du point de vue. Plus précisément, l'entretien semi-directif est un outil privilégié pour appréhender et rendre compte de systèmes de valeurs, normes et représentations, de contenus socio-affectifs ou encore, de processus socio-cognitifs (Fischer & Tarquinio, 1999; Michelat, 1975). En cela, il offre la possibilité d'étudier les logiques psychosociales et symboliques qui concourent à l'élaboration de significations quant aux vécus et/ou aux pratiques liés à l'EG.

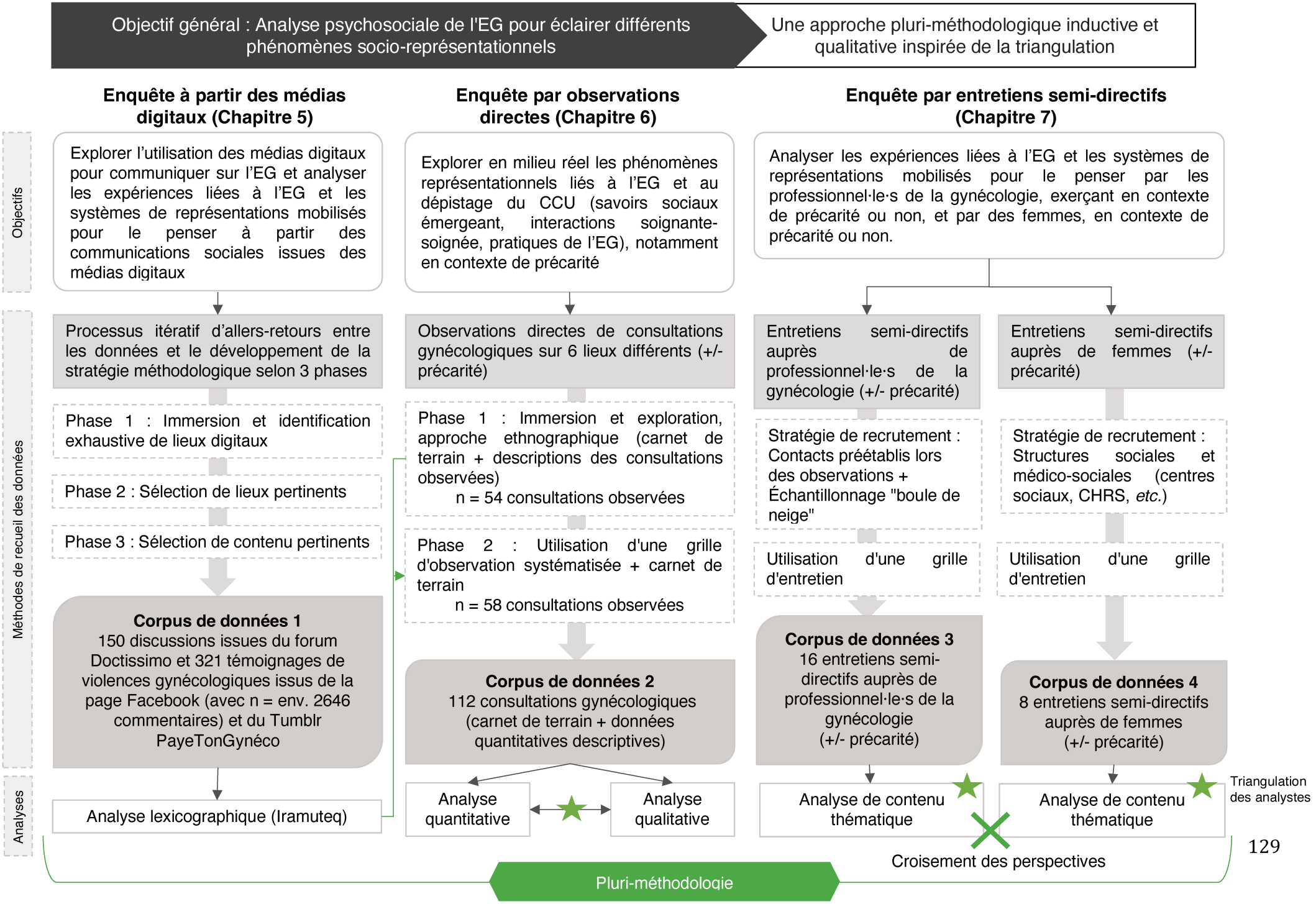
La conduite de l'entretien semi-directif repose sur l'utilisation d'un guide d'entretien (Smith, 1995) permettant de centrer, si nécessaire, le discours autour de thèmes préalablement définis, tout en laissant la possibilité aux participant·e·s de développer et approfondir leur discours. Si le guide d'entretien permet de ne pas oublier les thèmes importants, la conduite de l'entretien repose également sur la mise en place d'un climat de confiance pour que la personne interviewée puisse s'exprimer librement et explorer avec elle le sens qu'elle attribue à ses comportements et ses vécus (Haas & Masson, 2006; Michelat, 1975). Il en est ainsi à l'interviewer de créer les conditions pour que puisse s'établir une relation de confiance. Au-delà du cadre formel de l'entretien et de son explicitation (*e.g.*, garantie de l'anonymat), cela s'est concrètement matérialisé par le développement d'une posture compréhensive et d'ouverture en m'inspirant de l'approche non-directive rogérienne (*e.g.*, non-jugement, empathie, ouverture, écoute active) (Rogers, 1942). Il est à noter que cette approche est également motivée par l'approche socio-représentationnelle et féministe. En effet, en tant qu'approche compréhensive et phénoménologique (Apostolidis, 2006), l'enjeu est de comprendre le sens et la fonction que les personnes donnent à leur façon de penser et d'agir, plutôt que de savoir si elles ont raison ou tort, agissent correctement ou non, en référence à une rationalité scientifique (i.e., démarche évaluative).

Ces éléments pointés amènent à souligner que la situation d'entretien individuel est une situation d'interaction sociale régulée par différents facteurs qui appartiennent à la fois à l'interviewer et l'interviewée, et également par la situation de l'entretien (Haas & Masson, 2006; Olivier de Sardan, 1995). En cela, point d'illusion de neutralité, le discours produit dépend, entre autres, des conditions de la relation. Qui plus est, le matériel recueilli, soit le discours des participant·e·s, n'est pas à être considéré comme le reflet d'une vérité absolue et intemporelle pour le sujet. Il s'agit plutôt une co-construction du fait de l'interaction et du contexte de l'entretien, et cela, dans l'instant de la relation (Michelat, 1975; Smith, 1995).

Les analyses des entretiens auprès des praticien·ne·s et des femmes ont respectivement fait l'objet d'une triangulation des analystes, c'est-à-dire l'implication de plusieurs chercheur·se·s dans le processus d'analyse et d'interprétation des données (Apostolidis, 2006; Caillaud & Flick, 2016). La double analyse a été principalement réalisée en collaboration avec une ingénieure d'étude, Angela Zeller, issue d'un master en sociologie. Nous ne partagions pas le même background théorique et méthodologique, excepté notre inscription dans une perspective féministe de recherche. Nous avions différents niveaux d'expertises quant à l'objet de recherche.

Figure 8

Schématisation de la stratégie de recherche



Chapitre 5. « *Toute nue chez le gynéco* » : approche socio-représentationnelle de l'examen gynécologique à partir des médias digitaux

Pour cette première étape dans notre parcours de pluri-méthodologie, le présent chapitre expose une étude sur les expériences et systèmes de représentations liés à l'examen gynécologique (EG) par une enquête à partir des médias digitaux[44]. Après avoir rappelé les objectifs de cette étude, la section méthode vise à rendre compte de l'opérationnalisation de l'enquête. Les résultats sont ensuite présentés puis discutés.

5.1 Rappel des objectifs

Alors que Internet peut être une source riche pour recueillir des données sur les expériences liées à la santé et la maladie (Seale et al., 2010), plus rares sont les études s'intéressant aux discours issus des médias digitaux dans une approche compréhensive, en opposition à une approche évaluative qui étudie ces discours au regard des standards médicaux et scientifiques (Akrich & Méadel, 2009; L. Chen et al., 2018; Eysenbach & Wyatt, 2002). Dans la présente recherche nous avons choisi de comprendre comment ces savoirs de sens communs peuvent nous renseigner sur les logiques sociales et symboliques en lien avec des thématiques de santé. Parmi les rares études dans le domaine de la gynécologie-obstétrique et Internet, des recherches ont montré comment les femmes se saisissent d'Internet comme ressources durant leur grossesse (Song et al., 2012) ou lorsqu'elles sont confrontées à des douleurs gynécologiques chroniques pour comprendre et gérer leur condition (Piszczek et al., 2022). Néanmoins, ces études n'explorent pas les expériences des femmes et leur utilisation des médias digitaux à partir des données issues des cyberespaces, mais davantage l'utilisation de ces médias au travers de méthodologies plus classiques (i.e., entretiens semi-directifs, enquête par questionnaire). Par une

[44] Cette recherche a donné lieu à la soumission d'un article dans la revue *New Media & Society* : "All naked at the gyno": Psychosocial approach to the gynaecological examination from digital media in a French context. (Roussel et al., accepté pour publication)

analyse de contenu par hashtag des posts sur Instagram liés à de la chirurgie gynécologique mini-invasive, Sinha et al. (2021) ont montré que 97.3% des contenus étaient publiés par des non-professionnel·le·s de santé et renvoyaient majoritairement à des expériences personnelles liées à l'endométriose, soulignant à nouveau l'intérêt de ces cyberespaces pour recueillir des expériences.

À notre connaissance, aucune étude ne s'intéresse au domaine de la gynécologie et plus précisément aux expériences de l'EG au travers des discours des personnes par les médias digitaux. Dans une approche socio-représentationnelle et au regard des rapports sociaux de genre, cette étude vise à :

(1) Explorer comment sont investis les médias digitaux pour communiquer sur l'EG ;

(2) Analyser les expériences liées à l'EG et les systèmes de représentations mobilisés pour le penser à partir des discours issus des médias digitaux.

5.2 Matériel et méthode

5.2.1 Recueil du corpus

Dans une démarche de recherche inductive et exploratoire, le corpus de données s'est constitué dans un processus itératif d'aller-retour entre les données et le développement de la stratégie méthodologique selon trois phases (voir Figure 9) (Holtz et al., 2012), visant à recueillir des discours liés à l'expérience de l'EG.

5.2.1.1 Phase 1. Identification exhaustive de lieux digitaux et immersion dans les données.

Deux types de lieux digitaux comportant des discours liés à l'EG ont été identifiées : les forums de discussions en ligne et les réseaux sociaux. Les forums identifiés s'inscrivent principalement dans le domaine de la santé. Très populaires, ces lieux génériques sur la santé permettent aux utilisateur·rice·s d'interagir et communiquer sur des sujets liés à la santé dans un but d'échange, de recherche d'informations et de soutien social (Kimmerle et al., 2017; Smedley et al., 2015). Pour les réseaux sociaux, quatre plateformes ont été identifiées comme ayant du contenu relatif à l'EG : Twitter, Instagram, pages Facebook et Tumblr. Il s'agit majoritairement de témoignages de violences gynécologiques, faisant suite au lancement d'un hashtag (*e.g.*, #PayeTonUtérus en 2014) ou publiés à la suite d'un appel à témoignage (*e.g.,*

Page Facebook PayeTonGynéco), afin de visibiliser les expériences de violences gynécologiques.

5.2.1.2 Phase 2. Sélection de lieux pertinents/appropriés.

La multiplicité des types de récits observés par l'immersion dans les données nous a conduit à inclure ces deux types de médias digitaux. Pour les réseaux sociaux, parmi les quatre plateformes, nous avons sélectionné les pages Facebook et Tumblr pour les raisons suivantes : accès à un grand nombre de témoignages, absence de contrainte sur le nombre de caractère laissant la possibilité aux personnes d'élaborer sur leurs expériences et le sens qu'elles y attribuent, garantie de l'anonymat, nombreuses réactions et commentaires (spécifique à Facebook). Certaines limitations sont à considérer : possible désirabilité sociale lors de l'envoi des témoignages, sélection des témoignages publiés par les modératrices et modération des commentaires. Parmi les huit pages Facebook identifiées, notre choix s'est porté sur la page PayeTonGynéco pour les raisons suivantes : page initiatrice du #PayeTonGynéco en 2017, plus grand nombre d'abonné·e·s (n = 11673) et de mentions j'aime (n = 11142) au moment du recueil, essentiellement dédiée à la publication de témoignages et publique. Parmi les deux Tumblr identifiés, le Tumblr PayeTonGynéco a été sélectionné.

Concernant les forums, une recherche large sur Google avec utilisation de mots clefs (« forum », « examen gynécologique ») a permis d'identifier 12 forums comportant des discussions liées à l'EG. Le forum Doctissimo a été sélectionné pour les raisons suivantes : générique sur la santé avec des sections ou sous-sections sur la gynécologie/santé féminine, ouvert à l'utilisation publique sans la nécessité de s'inscrire ou se connecter pour lire les messages, taille importante.

5.2.1.3 Phase 3. Sélection de contenus pertinents

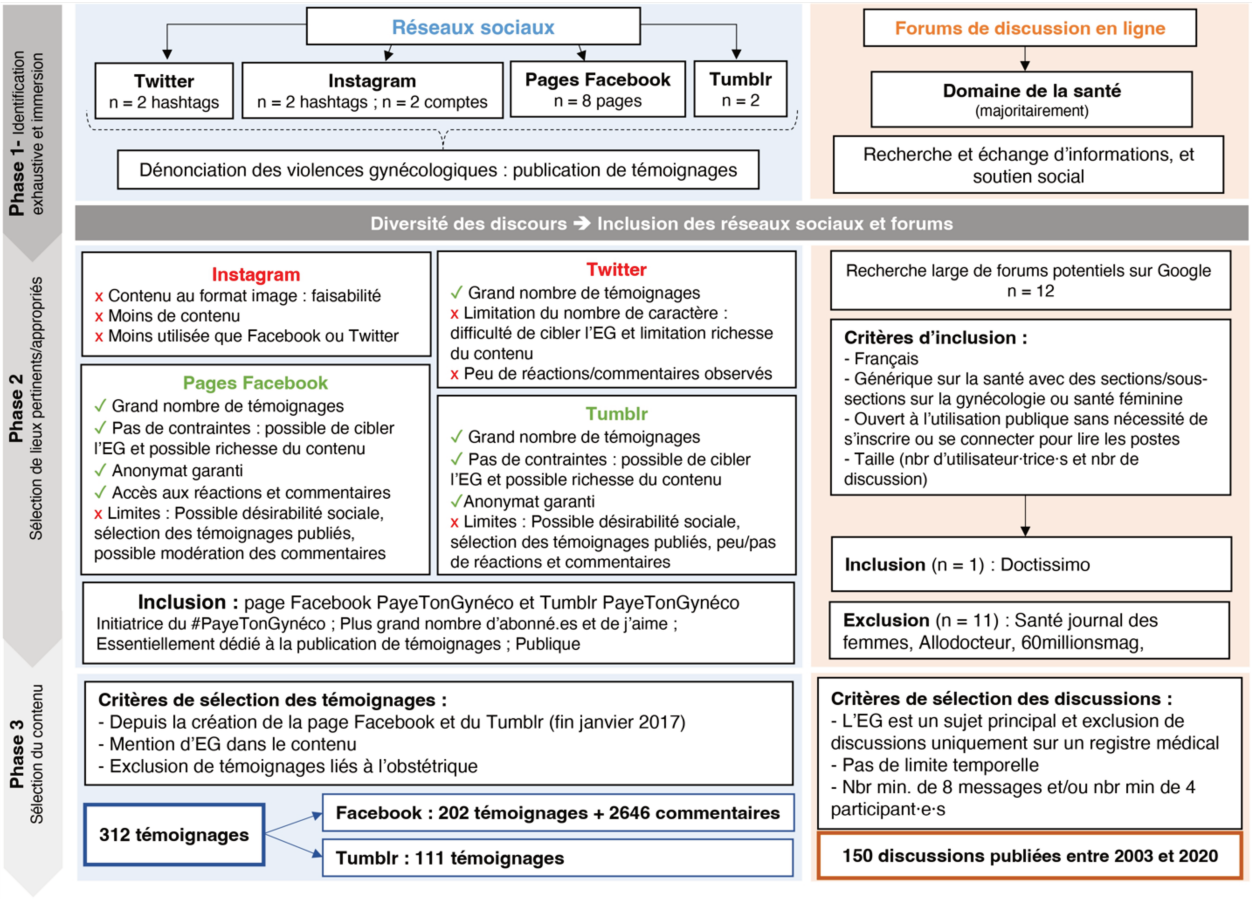
Concernant la page Facebook et Tumblr PayeTonGynéco, les critères de sélection des témoignages étaient les suivants : mention d'EG dans le contenu du témoignage et depuis la création de la page et du Tumblr. Pour le forum Doctissimo, nous avons ciblé les sections et sous-sections liées à la gynécologie et/ou aux examens médicaux (n = 2). Les critères de sélection des discussions étaient les suivants : l'EG est l'un des sujets principaux de la discussion avec exclusion de

discussion uniquement sur un registre médical, pas de limite temporelle et nombre minimum de huit messages et/ou quatre participant·e·s.

Les données ont été recueilles entre août et septembre 2020.

Figure 9

Schéma récapitulatif du processus de sélection des données



5.2.1.4 Divers lieux aux fonctionnements différents

150 discussions issues du forum Doctissimo ont été sélectionnées avec en moyenne 25.5 messages (SD = 31.5) par discussion et publiées entre 2003 et 2020. Leader des forums liés à la santé en France, Doctissimo propose des espaces libres de discussion autour de thématiques santé/médecine composés de 16 rubriques, tout comme des articles mettant à disposition des informations scientifiques et médicales. Les espaces de discussions sont structurés hiérarchiquement : à l'intérieur de sections thématiques ou sous-sections, les internautes peuvent démarrer une discussion avec un message initial, puis d'autres internautes peuvent répondre ou commenter des réponses (voir Annexe 4). Les internautes ont la possibilité de s'inscrire et créer des profils ou intervenir en tant qu'« invité ».

312 témoignages liées à l'EG ont été sélectionnés dont 202 témoignages et commentaires associés (n = env. 2646) issus de la page Facebook PayeTonGynéco, avec en moyenne 13.1 commentaires (SD = 13.7) et 77 mentions « j'aime » (SD = 66.8) et 111 à partir du Tumblr. Créée en janvier 2017, la page PayeTonGynéco (voir Annexe 5) vise principalement à la publication de témoignages de violences gynécologiques et obstétricales. Les modératrices de la page proposent un appel aux témoignages puis publient, ou non, le témoignage transmis par message privé ou mail de manière anonyme. Les utilisateur·rice·s de Facebook peuvent réagir (*e.g.,* « j'aime » ; partage) et commenter ces témoignages à partir de leur profil Facebook. Étant une page publique, il n'est pas nécessaire que les personnes y soient abonnées pour réagir/commenter. Les commentaires sont modérés par les modératrices de la page, suivant une charte et un appel à la bienveillance. Pour le Tumblr (voir Annexe 6), les témoignages sont entrés dans un formulaire sur la page du Tumblr, puis publiés sous forme de « billets ». La plateforme n'offre cependant pas la possibilité de commenter les témoignages.

5.2.2 Considérations éthiques

Au regard de la loi Jardé n° 2012-300 du 5 mars 2012 vis-à-vis des recherches qui impliquent le sujet humain, le protocole de recherche ne nécessitait pas l'avis du comité d'éthique. L'utilisation des données issues des médias digitaux fait l'objet de débat complexe dans la littérature scientifique (voir Whitehead, 2007, p. 787) en ce que ces données ne sont pas produites spécifiquement pour la recherche et vis-à-vis de la nécessité et faisabilité d'un avis du comité d'éthique et du recueil du consentement.

Dans un souci éthique (Moreno et al., 2013; Townsend & Wallace, 2017), nous avons choisi ici de considérer uniquement des plateformes relevant du domaine public qui ne nécessitaient aucune inscription ou de mot de passe pour accéder au contenu. De plus, le recueil des données n'impliquait aucune interaction de ma part avec les internautes. Du fait de l'impossibilité de recueillir le consentement des internautes, une attention particulière a été portée au respect de la confidentialité et de l'anonymat. Aucune citation directe n'est présentée dans les résultats pour éviter de retracer les témoignages ou discussions d'origine. Nous avons procédé à des paraphrases en

utilisant certains termes significatifs provenant directement des données.

5.2.3 Stratégie d'analyse

Nous avons réalisé des analyses statistiques de données de textuelles par le logiciel Iramuteq. Il permet un traitement statistique des données discursives basé sur la forme lexicale des mots et leur co-occurrence au sein d'un segment de texte. Le matériel recueilli a nécessité un travail d'homogénéisation morphosyntaxique afin que le logiciel puisse reconnaitre les formes lexicales des mots (Ratinaud & Marchand, 2012) (voir Annexe 7). Une classification hiérarchique descendante selon la méthode Reinert (1983) a été réalisée dans une démarche inductive et exploratoire. Le recours à cette analyse dans une approche socio-représentationnelle a pu montrer sa pertinence (Kalampalikis, 2003). Son objectif est de répartir les énoncés en classes marquées par le contraste de leur vocabulaire mettant alors en avant des « mondes lexicaux », une structure formelle des discours, ne prenant sens que dans un rapport d'opposition. Elle permet d'extraire les similitudes et les oppositions significatives entre les mots par un $\chi 2$ d'association et de faire émerger des classes lexicales qui représentent différents contextes discursifs à l'intérieur desquels les mots prennent un sens. Cette démarche permet également d'extraire des liens significatifs entre les classes lexicales émergeantes et différentes modalités de variables par un $\chi 2$ d'association, afin d'appréhender si des classes lexicales sont significativement associées ou non aux types de lieux digitaux (i.e. Doctissimo, témoignages Facebook, commentaires Facebook et témoignages Tumblr).

Après que le logiciel ait effectué la classification hiérarchique descendante, l'analyse des données des classes lexicales est alors caractérisée par un processus d'allers-retours effectué manuellement par moi-même, ayant une immersion préalable dans les données, entre des étapes successives (Fonte et al., 2019; Kalampalikis, 2003) : Identification de variables et mots associés pour chaque classe ; Contextualisations sémantique des segments de textes dont sont issus ces mots ; Groupement de ces mots dans des sous-thèmes spécifiques et attribution d'un thème général pour chaque classe à partir de leur sous-thème respectif ; Mise en sens des relations entre chaque classe à partir de la classification hiérarchique descendante. Ainsi, dans une approche qualitative et inductive, le processus analytique et

interprétatif des résultats de la classification hiérarchique descendante a été guidé par l'approche socio-représentationnelle au prisme des rapports sociaux de domination de genre.

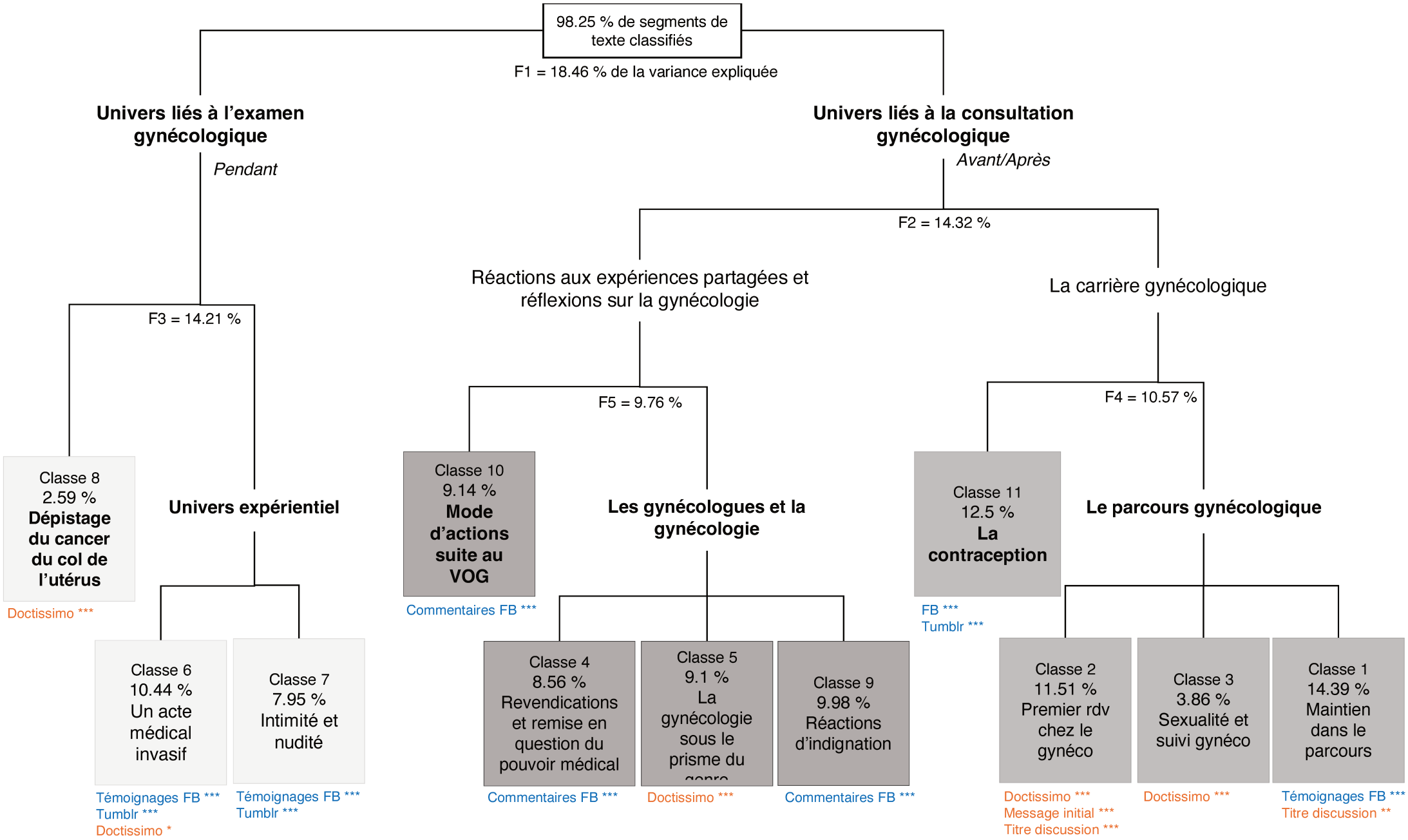
Le recueil des données et leur analyse ont été réalisés par moi-même. Des discussions collectives ont régulièrement eu lieu avec Léa Restivo, MCF en psychologie sociale, et Thémis Apostolidis, PU en psychologie sociale, pour valider et échanger quant au processus de recueil et des analyses effectuées.

5.3 Résultats

Prenant en compte 98.33% des segments de texte du corpus (15478 segments de texte classés sur 15741), l'analyse par classification hiérarchique descendante met en avant une organisation des discours liés à l'EG à partir des médias digitaux sélectionnés autour de 11 classes lexicales (voir Figure 10). De plus, une analyse de facteur par correspondance montre une première opposition marquée entre deux univers (F1 = 18.47% de la variance expliquée). Le premier univers porte sur l'EG, s'articulant autour d'un univers expérientiel (classe 6, 7) et d'un autre renvoyant au dépistage du cancer du col de l'utérus (classe 8) (F3 = 14.21%). Le deuxième univers renvoie à la consultation gynécologique, avec une opposition discursive entre un univers associé à la « carrière gynécologique » et un second renvoyant aux réactions face aux expériences partagées et réflexions sur la gynécologie (F2 = 14.33%). L'analyse du dendrogramme montre que dans les discours, la carrière gynécologique s'articule autour de plusieurs thématiques : la contraception (classe 11) et le parcours gynécologique (classes 1, 2, 3) (F4 = 10.57%). Concernant les réactions aux expériences partagées et réflexions sur la gynécologie, les discours s'articulent autour des modes d'actions possibles à la suite de violences gynécologiques (classe 10) et les représentations des gynécologues et de la gynécologie (classes 4, 5, 9) (F5 = 9.76%). L'analyse de la structure du dendrogramme met en avant un facteur temporel de l'organisation du discours, avec d'un côté le *pendant* de l'EG, et de l'autre des dimensions liées à l'*avant* ou à l'*après*. Nous observons également un facteur spatial, puisque chaque classe lexicale est significativement associée à un ou plusieurs lieux digitaux, soulignant le rôle de la source du corpus dans la structure des discours. Les classes et sous-thématique associées sont présentées dans le Tableau 3.

Figure 10

Résultats de l'analyse par classification hiérarchique descendante : classes émergeantes, liens entre ces classes et variables associées



Note. Les variables associées correspondent au type de lieu digital significativement associé à chaque classe : en orange, Doctissimo, en prenant compte du message initial et du titre de la discussion ; en bleu, la page Facebook (FB) PayeTonGynéco, en prenant compte des témoignages et des commentaires, et le Tumblr PayeTonGynéco. Avec *** $p < .0001$; ** $p < .001$; * $p < .01$

5.3.1 Univers liés à l'examen gynécologique

5.3.1.1 Univers expérientiel (Classes 6, 7)

La classe 6 renvoie à l'EG comme un acte médical invasif (10.44% du corpus analysé). Elle est associée aux témoignages de Facebook ($\chi^2 = 29.28$; $p < .0001$) et du Tumblr ($\chi^2 = 19.0$; $p < .0001$), et aux discussions de forums ($\chi^2 = 4.31$; $p < .05$). Les termes lexicaux associés renvoient aux différents examens (***Échographie***[45], $\chi^2 = 745.65$; ***toucher_vaginal***, $\chi^2 = 470.72$; ***frottis***, $\chi^2 = 81.96$), nécessitant aux praticien·ne·s d'***introduire*** ($\chi^2 = 237.1$) des ***instruments*** ($\chi^2 = 134.97$) (*e.g.,* Spéculum, doigts), dans le ***vagin*** ($\chi^2 = 642.96$). Certains discours portent sur l'explication du déroulement des examens et de leur but. Des mauvaises expériences d'EG sont relatées, telles qu'***enfoncer*** ($\chi^2 = 170.67$) le ***spéculum*** ($\chi^2 = 1216.7$) sans ***prévenir*** ($\chi^2 = 96.75$) ou ***violemment*** ($\chi^2 = 68.23$). La question de la ***douleur*** ($\chi^2 = 166.02$) liée aux EG est prépondérante, soit pour relater l'expérience de douleur, soit pour rassurer que l'EG ne fait pas ***mal*** ($\chi^2 = 601.32$). Des enjeux entre l'EG et être ***vierge*** ($\chi^2 = 241.17$) sont présents comme sur la réalisation d'EG sur des femmes vierges ou considérer que l'EG peut ***déflorer*** ($\chi^2 = 25.88$) ou non.

La classe 7 porte sur l'intime et la nudité liées à l'EG (7.95 % du corpus analysé), associée aux témoignages de Facebook ($\chi^2 = 159.06$; $p < .0001$) et du Tumblr ($\chi^2 = 94.93$; $p < .0001$). Les discours renvoient au script de l'EG, décrit comme impliquant de se mettre ***nu*** ($\chi^2 = 1186.46$), ***entièrement*** ($\chi^2 = 366.48$) ou non, de s'***allonger*** ($\chi^2 = 374.08$) sur la ***table*** ($\chi^2 = 721.68$), de mettre les ***pieds*** ($\chi^2 = 258.04$) dans les ***étriers*** ($\chi^2 = 439.68$) avec les ***jambes*** ($\chi^2 = 994.09$) ***écartées*** ($\chi^2 = 392.75$). La gestion de la nudité et le respect de l'intimité lors du déshabillage/rhabillage par les praticien·ne·s sont caractéristiques de cette classe : présence/absence de ***paravent*** ($\chi^2 = 230.32$), la quantité de ***vêtements*** ($\chi^2 = 202.28$) à enlever/garder. En lien avec la nudité et la ***position*** ($\chi^2 = 133.92$) de l'EG, l'expérience de l'EG semble associée à un ensemble de réactions négatives (fondre en ***larmes***, $\chi^2 = 457.44$; ***trembler***, $\chi^2 = 172.39$) et d'émotions négatives, comme être ***mal à l'aise*** ($\chi^2 = 131.39$), ***gêner*** ($\chi^2 = 49.33$), ***vulnérable*** ($\chi^2 = 37.07$). Les professionnel·le·s semblent faire part d'agacement et

[45] Les termes en italique et en gras correspondent aux termes lexicaux significativement associés à chaque classe ($p < .0001$).

d'impatience (***soupirer,*** χ^2 = 52.67 ; lever les yeux au ciel), sans ***délicatesse*** (χ^2 = 32.72), voire se montrer agressif (***crier***, χ^2= 95.52) ou ***moqueur·se*** (χ^2 = 32.56).

Dans cet univers expérientiel, les personnes partagent leurs propres expériences de l'EG qui s'articulent autour des enjeux liés à la nudité et l'intimité de l'examen et son caractère invasif, avec une valence socio-affective négative. Associées aux témoignages de Facebook et du Tumblr, des mauvaises expériences d'EG sont prépondérantes dans les discours (*e.g.*, non prise en compte de la gêne par les praticien·ne·s, examens réalisés brutalement). Bien que les discussions de forum soient associées au caractère invasif des EG, les discours renvoient davantage à l'explication des examens, en appuyant sur le caractère non douloureux des EG.

5.3.1.2 Dépistage du cancer du col de l'utérus (Classe 8)

Associée aux discussions du forum (χ^2 = 85.22 ; $p < .0001$), la **classe 8** porte sur le **dépistage du cancer du col de l'utérus** (2.59% du corpus analysé). Les termes lexicaux associées renvoient à l'explication du ***frottis*** (χ^2 = 396.5) et son but, ***dépister*** (χ^2 = 806.72) sur un registre médical (***Microscope***, χ^2 = 188.39 ; ***écouvillon*** χ^2 = 414.61 ; ***cellule***, χ^2 = 1966.11). Le frottis est qualifié d'***indolore*** (χ^2 = 233.28) et nécessaire dès l'entrée en sexualité, puisque le ***HPV*** (χ^2 = 1042.98), virus sexuellement transmissible, est la principale origine du cancer du col de l'utérus. La responsabilité de se faire dépister régulièrement pour prévenir ce cancer est évoquée. Spécifiques au forum, les discours liés à l'EG se réfèrent ici au discours médical pour porter une dimension injonctive sur le recours au dépistage en appuyant sur le caractère non douloureux de l'examen.

5.3.2 Univers liés à la consultation gynécologique

5.3.2.1 La carrière gynécologique

La contraception (classe 11). La classe 11 porte sur la contraception (12.5% du corpus analysé). Elle est associée aux témoignages et commentaires de Facebook (χ^2 = 216.62 ; $p < .0001$) et du Tumblr (χ^2 = 143.23 ; $p < .0001$). Les termes lexicaux associés portent sur les différents moyens de ***contraception*** (χ2 = 654.33), leurs ***effets*** (χ^2 = 277.55) ***secondaires*** (χ^2 = 241.68) et la négociation du choix contraceptif avec les praticien·ne·s. Un manque d'explication des différentes méthodes contraceptives par les professionnel·le·s est souligné, avec une tendance à ***prescrire***

(χ^2 = 1190.05) la ***pilule*** (χ^2 = 310.07) sans considérer le choix des patientes. La volonté de ne plus prendre d'***hormone*** (χ^2 = 504.8) en optant pour le ***DIU*** (χ^2 = 553.38) au ***cuivre*** (χ^2 = 578.1) est largement retrouvée.

Associés à la page Facebook et au Tumblr PayeTonGynéco (i.e. l'ensemble des témoignages et commentaires associés), les discours liés à la contraception soulignent une discordance entre choix et savoirs des patientes (i.e. arrêt des hormones) et posture et savoirs des professionnel·le·s de santé (i.e. prescription de la pilule), témoignant de rapports asymétriques dans la relation soignant·e-soignée.

Le parcours gynécologique (classes 1, 2, 3). La classe 1 renvoie au premier rendez-vous chez le gynécologue (14.39% du corpus analysé). Elle est associée aux discussions du forum (χ^2 = 510.87 ; p < .0001), au message initial (χ^2 = 351.54 ; p < .0001) et au titre donné à la discussion (χ^2 = 33.2 ; p < .0001). Les termes lexicaux associés renvoient à la ***peur*** (χ^2 = 589.88) du ***premier*** (χ^2 = 151.11) ***rendez-vous*** (χ^2 = 780.2) chez le ***gygy*** (χ^2 = 252.2). Des questions sur la consultation et l'EG sont posées (*e.g.*, Comment ça se passe ? Faut-il être ***épilée***, χ^2 = 56.25) ainsi qu'une demande d'être ***rassurée*** (χ^2 = 343.78). En réponse, la première consultation est présentée comme un ***cap*** (χ^2 = 34.74), pour lequel les personnes en font tout une ***montagne*** (χ^2 = 63.83) mais dont les enjeux sont à ***dédramatiser*** (χ^2 = 46.45). Le ***dentiste*** (χ^2 = 118.87) sert de comparaison, en ce qu'il est plus douloureux et stressant d'aller chez ce dernier que chez le gynécologue.

La classe 2 renvoie au maintien du parcours gynécologique (11.51% du corpus analysé). Elle est associée aux témoignages de Facebook (χ^2 = 17.89; p < .0001) et aux titres donnés aux discussions du forum (χ^2 = 105.67 ; p < .05). La ***première*** (χ^2 = 457.99) consultation gynécologique est largement évoquée, témoignant de l'entrée dans le parcours gynécologique. ***Changer*** (χ^2 = 89.11) de praticien·ne pour le ***suivi*** (χ^2 = 425.7) gynécologique et/ou obstétrical (***grossesse***, χ^2 = 208.82) par contraintes pratiques (***déménager***, χ^2 = 141.19) ou mauvaises expériences, souligne les difficultés à trouver un·e professionnel·le. Consulter une ***sage-femme*** (χ^2 = 182.45) plutôt qu'un·e gynécologue est largement évoqué, celles-ci étant perçues comme plus ***douces*** (χ^2 = 36.38). Le rôle de la ***mère*** (χ^2 = 182.45) dans le parcours gynécologique est mentionné, pouvant par exemple être à l'initiative de la première consultation ou

être présente ou non lors du rendez-vous.

Associée aux discussions du forum ($\chi^2 = 62.17$; $p < .0001$), la classe 3 a trait au rapport entre sexualité et suivi gynécologique (3.86% du corpus analysé). Les termes lexicaux associés renvoient à la vie affective et sexuelle (avoir un ***copain***, $\chi^2 = 320.32$; des ***rapports*** ($\chi^2 = 1662.58$) ***sexuels*** ($\chi^2 = 1146.1$)), l'entrée en puberté (l'***âge***, $\chi^2 = 231.45$; les ***règle****s*, $\chi^2 = 18.21$) et l'entrée dans le parcours gynécologique. L'abord de la sexualité en consultation gynécologique est questionné : comment les professionnel·le·s l'évoquent, quelles informations sur sa sexualité donner (Rapport sans ***pénétration***, $\chi^2 = 56.73$; se ***masturbe****r,* $\chi^2 = 102.16$), ou encore la crainte que l'EG permettent aux praticien·ne·s d'inférer sur les pratiques sexuelles. Le caractère ***nécessaire*** ($\chi^2 = 79.95$) de l'EG et du ***frottis*** ($\chi^2 = 62.97$) dès l'entrée en sexualité[46] est discuté. Pour certain·e·s il s'agit d'une injonction quel que soit l'âge. D'autres mentionnent les recommandations officielles (fréquence et âge du premier frottis). Être ***prudent*** ($\chi^2 = 159.6$) en ayant un suivi gynécologique et recourir aux examens ***régulièrement*** ($\chi^2 = 258.01$) reste le discours prépondérant dès lors qu'une femme est sexuellement active.

L'entrée dans le parcours gynécologique semble être un enjeu caractéristique des discussions du forum Doctissimo. Le premier rendez-vous gynécologique paraît être source de peur et d'appréhension face à l'absence de savoirs sur le déroulé de la consultation, motivant les internautes à initier des discussions pour rechercher des informations et du soutien social. Les internautes font part d'un discours normalisant des enjeux liés à l'intime et la nudité de l'EG dans la relation avec les praticien·ne·s, avec une dimension injonctive dès l'entrée en sexualité. Concernant les témoignages issus de Facebook, il est davantage question de maintenir un suivi gynécologique face aux difficultés rencontrées, qu'elles soient pratiques ou expérientielles.

5.3.2.2 Réactions aux expériences partagées et réflexions sur la gynécologie

Modes d'actions suite aux violences gynécologiques (classe 10). Associée aux commentaires issus de Facebook ($\chi^2 = 874.54$; $p < .0001$), la classe 10 renvoie aux modes d'actions possibles à la suite d'expériences de violences

[46] Sur les discussions du forum, par entrée en sexualité, il est entendu ici avoir un premier rapport hétérosexuel et pénétratif.

gynécologiques (9.14%). Les expériences issues des ***témoignages*** ($\chi^2 = 256.53$) sont nommées comme des ***violences*** ($\chi^2 = 285.71$) gynécologiques et médicales ayant trait à l'***horreur*** ($\chi^2 = 68.53$) et l'***inadmissible*** ($\chi^2 = 63.05$). Pouvant engendrer des ***traumatismes*** ($\chi^2 = 20.33$) chez les ***victimes*** ($\chi^2 = 170.01$), certain·e·s conseillent une prise en charge psychologique, tel l'***EMDR*** ($\chi^2 = 89.56$). Des sources d'informations alternatives (*e.g.*, Site de ***Martin_Winckler***, $\chi^2 = 218.66$) et des ***listes*** ($\chi^2 = 329.79$) de professionnel·le·s ***safe*** ($\chi 2 = 157.74$) sont échangées. Une injonction à porter ***plainte*** ($\chi^2 = 142.03$) et faire un ***signalement*** ($\chi^2 = 108.42$) à l'***ordre des médecins*** ($\chi^2 = 368.45$) est présente, allant jusqu'à souhaiter la dénonciation des ***noms*** ($\chi^2 = 375.75$) des praticien·ne·s. En réponse, certain·e·s renvoient à la ***charte*** ($\chi^2 = 59.7$) de la page.

Les gynécologues et la gynécologie (classes 4, 5, 9). La **classe 5** renvoie aux **représentations des gynécologues sous le prisme du genre** (9.1% du corpus analysé) et est associée aux discussions du forum ($\chi^2 = 87.02$; $p < .0001$). Les internautes expriment ce qu'ils/elles ***pensent*** ($\chi^2 = 74.15$) et prennent position (être d'***accord***, $\chi^2 = 238.32$) sur leur vision de la gynécologie. Pour certain·e·s, ce domaine médical est une affaire de femmes, doutant des intentions des hommes se spécialisant en gynécologie. Pour d'autres, les hommes s'engageraient dans de longues d'***études*** ($\chi^2 = 61.27$) par ***vocation*** ($\chi^2 = 72.38$), et non pour ***mâter*** ($\chi^2 = 60.83$) des femmes à ***poil*** ($\chi^2 = 91.57$). Un gynécologue homme est alors un médecin avant d'être un homme, portant un ***regard*** ($\chi 2 = 91.57$) médical sur le corps des femmes. Inversement, d'autres considèrent que le regard d'homme prime, nécessitant aux hommes de se dégager de leur ***pulsions*** ($\chi^2 = 31.35$) sexuelles. Au croisement de leur vision du métier de gynécologue et de leurs propres ***expériences*** ($\chi^2 = 38.87$), certaines expriment une préférence pour les hommes, considérés comme plus ***doux*** ($\chi^2 = 31.13$) que les femmes, notamment dû à la nécessité pour les hommes de mettre à distance la dimension sexuelle de l'EG. Pour des questions de ***pudeur*** ($\chi^2 = 188.5$), certaines expriment une préférence envers les médecins femmes, en particulier pour les ***jeunes*** ($\chi^2 = 267.0$) ***filles*** ($\chi^2 = 106.55$) qui seraient plus à l'aise.

Associée aux commentaires de Facebook ($\chi^2 = 60.03$; $p < .0001$), la classe 4 a trait à des revendications et une remise en question du pouvoir médical (8.56% du corpus analysé). Les termes lexicaux associés renvoient au ***droit*** ($\chi^2 = 394.03$) de

disposer (χ^2 = 109.51) de son ***corps*** (χ^2 = 576.96), d'être ***libre*** (χ^2 = 439.68) de ses ***choix*** (χ^2 = 22.24) et de sa ***sexualité*** (χ^2 = 135.29) dans le milieu médical. En ce sens, les personnes évoquent le cadre législatif encadrant les pratiques médicales (*e.g.,* ***loi_Kouchner***, χ^2 = 74.8), appuyant sur le droit au ***consentement*** (χ^2 = 82.24) et la liberté de ***refuser*** (χ^2 = 70.38) un acte médical. Les EG réalisés sans consentement sont vécus et qualifiés de ***viol*** (χ^2 = 160.81) ou d'***agression*** (χ^2 = 182.15) sexuelle. Le corps médical est critiqué en ce qu'il peut manquer d'***humanité*** (χ^2 = 42.89), ***juger*** (χ^2 = 65.39) ou ***infantiliser*** (χ^2 = 35.14) les patientes.

La classe 9 renvoie à des réactions d'indignation (9.98% du corpus analysé), et est associée aux commentaires issus de Facebook (χ^2 = 46.34; $p < .0001$). Les ***comportements*** (χ^2 = 155.35) et discours des praticien·ne·s relatés dans les témoignages sont qualifiés de ***honteux*** (χ^2 = 74.27), ***scandaleux*** (χ^2 = 53.73), ***hallucinants*** (χ^2 = 81.37). Les discours renvoient à des dimensions discriminantes et oppressives (*e.g.*, ***raciste***, χ^2 = 40.14 ; ***grossophobe***, χ^2 = 17.35) de la part des praticien·ne·s. Suscitant des réactions à valence émotionnelle négative forte, cette classe lexicale porte également sur la modération des échanges : des messages sont ***supprimés*** (χ^2 = 69.61) et/ou les personnes sont incitées à ne pas ***commenter*** (χ^2 = 42.09).

Dans cet univers lexical, la vision de la gynécologie et des professionnel·le·s de santé semble se différencier selon la source du corpus. D'un côté, les commentaires de la page Facebook faisant suite aux témoignages viennent nommer les expériences relatées comme des violences médicales et/ou sexuelles, avec une remise en question de l'autorité médicale et de l'expertise des gynécologues. De l'autre, les discours issus des discussions de Doctissimo portent davantage sur les représentations des gynécologues en fonction de leur genre. Les internautes échangent et débattent sur leur vision de la médecine et de la gynécologie en référence aux représentations de la féminité et de la masculinité.

Tableau 3

Classes extraites par l'analyse par CHD et sous-thématiques associées

Classe 1 (14.3% du corpus analysé)	**Premier rendez-vous chez le/la gynécologue**
	Peur du premier rendez-vous
	Recherche d'informations
	Recherche de soutien
	Normalisation de la consultation
	Aspect logistique (prise de rdv, date)
	Langage phatique
Variables associées	*Doctissimo *** ; message initial *** ; titre de la discussion****
Classe 2 (11.51%)	**Parcours gynécologique**
	Récits marqués par la première consultation
	Difficultés à trouver un·e professionnel·le
	Recommandations par les autres
	Rôle de la mère
	Consulter une sage-femme
Variables associées	*Témoignages Facebook *** ; titre de la discussion de forum **
Classe 3 (3.86%)	**Rapport entre sexualité et suivi gynécologique**
	Vie affective et sexuelle
	Abord de la sexualité en consultation
	Entrée en sexualité et parcours gynécologique : entre injonction et recommandations officielles
	Importance de la régularité du suivi gynécologique et des examens
	Évocation de difficultés dans sa vie sexuelle
Variables associées	*Doctissimo ****
Classe 4 (9.1%)	**Représentations des gynécologues sous le prisme du genre**
	La gynécologie : une affaire de femmes ou une vocation
	Regard médical versus regard d'homme
	Perception différenciée des gynécologues selon leur genre
	Choix et préférences
Variables associées	*Doctissimo ****
Classe 5 (8.56%)	**Revendications et remise en question du pouvoir médical**
	Mon corps, mes choix, ma sexualité
	Cadre législatif des pratiques médicales
	Consentement et viol
	Critique du corps médical
Variables associées	*Commentaires Facebook ****
Classe 6 (8%)	**Nudité et intimité liée à l'EG**

	Script du déroulement de l'examen
	Émotions et réactions négatives liées l'EG
	Comportements et réactions des praticien·ne·s
	Gestion de la nudité et respect de l'intimité
Variables associées	*Témoignages Facebook *** et Témoignages Tumblr ****
Classe 7 (10.4%)	**Un acte médical invasif**
	Script du déroulé des examens et leur but
	Question de la douleur
	Mauvaises expériences liées à l'EG
	EG et virginité
Variables associées	*Témoignages Facebook *** ; Tumblr *** ; Doctissimo **
Classe 8 (2.59%)	**Le dépistage du cancer du col de l'utérus**
	Explication du frottis
	But du frottis (dépistage)
	Explication du CCU
	Frottis indolore
	Responsabilité
Variables associées	*Doctissimo ****
Classe 9 (9.98%)	**Indignation face aux comportements et discours des praticien·ne·s**
	Réactions d'indignation
	Comportements et discours oppressifs
	Modérations des commentaires
	*Commentaires Facebook ****
Classe 10 (9.14%)	**Modes d'actions suite à des violences gynécologiques**
	Reconnaissance des expériences comme des violences
	Dépôt de plainte et signalement à l'ordre des médecins
	Sources alternatives de professionnel·le·s et d'informations
	Messages de soutien
	Traumatisme et prise en charge psychologique
Variables associées	*Commentaires Facebook ****
Classe 11 (12.5%)	**La contraception**
	Une négociation entre professionnel·le·s et patientes
	Effets secondaires liés aux hormones
	De la pilule au DIU au cuivre
	Manque d'explication de la part des praticien·ne·s
	Explication du parcours contraceptif
Variables associées	*Facebook (témoignages et commentaires) *** ; Tumblr ****

Note. *** $p < .0001$; ** $p < .001$; * $p < .05$

5.4 Discussion

À partir d'une approche socio-représentationnelle, il était question de comprendre comment les personnes utilisent les médias digitaux pour échanger sur l'EG et analyser les expériences et systèmes de représentations mobilisés par une approche qualitative. Nos résultats suggèrent que les expériences et la pensée sociale liée à l'EG différent nettement selon le contexte de production des discours (i.e. PayeTonGynéco versus Doctissimo), chacun étant régi par des règles, des normes et des valeurs propres au groupe considéré. L'EG apparaît ainsi traversé par des « zones de tension » (Kalampalikis & Apostolidis, 2016) selon le point de vue pris pour le penser, éclairant différentes significations de l'objet et des enjeux associés. La douleur associée à l'EG en est une illustration saillante. En effet, sur Doctissimo les discours expriment un déni de la douleur, appuyant une injonction à recourir aux examens. À l'inverse, sur PayeTonGynéco, l'expérience de la douleur associée à l'EG est centrale et constitutive des mauvaises expériences. Ces zones de tension se révèlent également par l'expression de différents modèles de relations médicales selon les contextes, suivant un modèle plus conformiste sur Doctissimo et un modèle plus contractualiste sur PayeTonGynéco (Quéré, 2019). Cela souligne des rapports différents à l'asymétrie de la relation soignant·e-soignée, à la confiance accordée aux praticien·ne·s ou au discours médical. De telles zones de tensions mettent en évidence que les spécificités des plateformes doivent être considérées dans leur influence potentielle sur la production des discours. Doctissimo propose des espaces de discussion sur des thématiques de santé mais aussi des articles apportant des informations scientifiques et médicales, véhiculant ainsi les discours médicaux dominants. Par exemple, l'absence de douleur lors du dépistage du CCU mise en avant est un argument retrouvé dans les campagnes de prévention adressées aux femmes. À l'inverse, PayeTonGynéco se veut un lieu d'émergence de discours contre-normatifs sur les expériences vécues en gynécologie.

5.4.1 Doctissimo : un espace d'expression d'une absence de savoir et d'actualisation de la norme gynécologique

Sur **Doctissimo**, les internautes semblent ici se saisir des espaces de discussions sur des thématiques liées à la gynécologie et aux examens médicaux pour rechercher des informations et expériences de pairs face à l'appréhension de la

première consultation et du premier EG, associés à des émotions négatives (*e.g.*, peur, « panique ») où s'actualisent des enjeux liés à la sexualité et l'intime. Cette absence de savoir quant à l'EG peut témoigner d'une forme d'injustice épistémique herméneutique (Fricker, 2007) en lien avec les phénomènes de production sociale de l'ignorance (Tuana, 2006) en gynécologie. En effet, cette absence de savoir peut refléter le fait que les ressources pour comprendre et interpréter les expériences subjectives et sociales de l'EG ne sont pas acceptées comme ressources herméneutiques dominantes. Ces injustices épistémiques herméneutiques seraient promues par les pratiques et systèmes de santé contemporains puisque privilégiant, hiérarchisant et véhiculant certains savoirs basés sur un modèle positiviste et biomédical de la science au détriment d'autres savoirs, telles que les expériences des utilisateur·rice·s des systèmes de soins (Carel & Kidd, 2014). Pour exemple, les stratégies du dépistage national organisé en France appuient sur des freins liés au manque de connaissances médicales des femmes et pratiques (*e.g.*, accessibilité, gratuité) (Santé Publique France 2022). Ainsi, face à la relative nouveauté de l'EG et l'incertitude de la situation, cette stratégie de recherche d'informations et d'expériences de pairs peut remplir une fonction de savoir (Jodelet, 1989b)visant à se familiariser et intégrer l'EG dans l'univers de pensée préexistant.

En tant qu'espace de socialisation, les discussions de forums sont le lieu d'un apprentissage collectif du déroulé de la consultation et de l'EG avec une normalisation des enjeux liés à l'intime et la sexualité en consultation médicale. Plus encore, il s'y dessine un apprentissage collectif de la féminité et sa sexualité, de façon similaire à ce que la consultation gynécologique se trouve être un espace de socialisation à la féminité et sa sexualité (Guyard, 2010; Ruault, 2015). En ce qu'il est un « cap » à passer, ce premier examen se trouve être un moment initiatique dans le passage du statut de jeune fille à celui de femme, qui se marque par le premier rapport hétérosexuel et pénétratif et, dans son prolongement, par cette première auscultation du corps par la profession médicale. Par l'explication du déroulé de l'examen et de la consultation qui revêt des codes et séquences spécifiques, ce premier EG porte alors une signification sociale puisqu'il va être un « moment symbolique » par lequel « on acquiert les attributs sociaux de la féminité et de la maturité » (Ruault, 2015, p. 39). Par ailleurs, l'accent mis sur la responsabilité à se faire examiner régulièrement dès

l'entrée en sexualité par prévention ou pour du dépistage traduit une vision de la sexualité et de la santé féminine comme fragiles et à risque (Spencer, 1999) puisque pouvant par exemple amener à des cancers. Cette importance accordée à la responsabilité vient également réactualiser la norme préventive qui incombe aux femmes d'être responsable de leur santé et sexualité. Sur les discussions de Doctissimo, les internautes font ainsi appel à des savoirs de sens communs par la mobilisation de représentations et normes attribuées à la féminité, la masculinité et leur sexualité, pour fournir des cadres interprétatifs aux expériences subjectives et sociales liées à l'EG, mais aussi pour prescrire les comportements des femmes en matière de santé et de sexualité. On y trouve alors une certaine pathologisation et médicalisation de la sexualité et santé féminine, telles que véhiculées par les savoirs et pratiques dominants en gynécologie. Ces espaces de socialisation viennent initier et consolider ce que la sociologue Aurore Koechlin (2022) intitule la « norme gynécologique », c'est-à-dire l'idée qu'un suivi spécifique et régulier est nécessaire pour les femmes dès l'entrée en puberté, et ce, sans raison médicale, s'appuyant dans le contexte de Doctissimo sur une logique préventive en santé. En cela, les discussions dans ce cyberespace peuvent être le lieu du prolongement du contrôle social et de la surveillance du corps des femmes opérés par le pouvoir médical en gynécologie.

5.4.2 PayeTonGynéco : un espace d'expression d'une absence de considération et de déstabilisation de la norme gynécologique

Concernant la page Facebook et le Tumblr PayeTonGynéco, ces lieux spécifiques visent à visibiliser des expériences de violences gynécologiques par la publication de témoignages anonymes, s'inscrivant dans les mobilisations féministes contemporaines en gynécologie et obstétrique. Les personnes semblent ici se saisir de ces espaces pour faire part de leurs expériences de l'examen qui s'articulent autour des enjeux liés à la nudité et l'intimité et du vécu de l'acte médical en lui-même, avec une valence socio-affective négative. Promouvant la visibilité et diffusion des témoignages de violences gynécologiques où les ressentis et vécus sont au centre, les discours liés à l'EG dans le contexte de PayeTonGynéco attestent d'une façon d'être ignorée. Soulignant un déni de crédibilité et de considération épistémique des expériences et savoirs liés à l'EG élaborés par les femmes, cette façon d'être ignorée peut ici refléter des injustices épistémiques testimoniales (Fricker, 2007). Produit

d'inégalités systémiques et de situations d'oppression (Godrie & Dos Santos, 2017), ces injustices épistémiques peuvent ici rendre compte des mécanismes sous-tendant les rapports de domination patriarcale dans la médecine et la gynécologie, puisque ne reconnaissant pas les violences dont les femmes peuvent faire l'objet. Cette stratégie du témoignage permettrait alors de légitimer le statut épistémique des femmes (Quéré, 2016) et peut en cela remplir une fonction de protection et de légitimation (Jodelet, 1989b)

De façon similaire aux discussions de forums, les espaces fournis par les commentaires sur la page Facebook vont fournir un cadre interprétatif aux expériences partagées puisque c'est dans ces espaces que les expériences relatées dans les témoignages vont être qualifiées de violences médicales et/ou sexuelles. Les mauvaises expériences de l'examen et notamment ceux réalisés sans consentement sont alors pensés sous le prisme d'une sexualité représentée en référence aux revendications féministes de la seconde vague en France, portés par le slogan emblématique « le privé est politique ». Ces revendications ont notamment permis de repenser et politiser la sexualité et les violences dans la sphère domestique et de proposer une lecture du viol en termes de défaut de consentement. Ces mauvaises expériences sont également pensées en référence au cadre juridique des pratiques médicales en France avec la loi 2002-2 (« Loi Kouchner »), mise en place à la suite de mouvements d'associations de patients critiquant le pouvoir médical. Au travers d'un apprentissage collectif de ce qui relève d'expérience de violences par l'identification de situations problématiques au sein de la relation soignant·e-soignée, il se trouve une forme d'initiation à la politisation du cabinet gynécologique et de la santé et sexualité féminine à partir des expériences vécues des femmes et en promouvant une redéfinition des rapports asymétriques entre patientes et praticien·ne·s. Cette politisation reste nuancée puisqu'elle se centrent sur une critique du pouvoir médical, des compétences relationnelles et réflexives des praticien·ne·s et des pratiques en gynécologie, sans toutefois proposer une lecture en termes de rapports de domination et d'oppression patriarcale en gynécologie (Quéré, 2016). En cela, les mauvaises expériences liées à l'examen semblent davantage engendrer une déstabilisation de la norme gynécologique (Koechlin, 2022b) plutôt qu'une remise en question *per se* de celle-ci, où se réactualise notamment la norme contraceptive (Bajos

& Ferrand, 2004). Face à cette déstabilisation, ces cyberespaces peuvent être le lieu d'un apprentissage au maintien de la carrière gynécologique, où les discours peuvent être prescripteurs de comportement avec parfois une certaine responsabilisation des patientes quant aux violences vécues.

L'étude des expériences liées à l'EG à partir des médias digitaux permet de souligner le rôle de la communication intragroupe sur les cyberespaces concernant le processus d'ancrage dans la dynamique des représentations sociales au regard de l'inscription et de la participation sociale. Un fonctionnement similaire est retrouvé entre les différentes plateformes digitales : l'EG est pensé à partir de savoirs sociaux pré-existants comme les représentations de la sexualité, la féminité, l'intime ou les relations soignant·e-soignée, dont le contenu dépend du contexte de production des discours. Les zones de tensions quant au contenu soulignent comment la formation de la pensée sociale liée à l'EG s'appuie, tout en renforçant, les pratiques et le système de valeurs du groupe. Ainsi, lorsque les personnes parlent de l'EG et de son expérience, il n'est pas seulement question d'une pratique médicale ; elles s'appuient plus largement sur la sexualité des femmes, l'intimité en situation médicale, la féminité et la masculinité, c'est-à-dire des systèmes de représentations pré-existants et symptomatiques des rapports sociaux de domination liés au genre et du pouvoir médical. L'approche socio-représentationnelle constitue une approche théorique pertinente qui devrait être poursuivie pour une compréhension plus approfondie des expériences vécues des femmes de l'EG.

5.4.3 Limites

La stratégie de sélection des discussions et témoignages, en se focalisant sur l'EG, a pu mettre de côté un ensemble possible de discours et récits liés plus largement à la consultation gynécologique, dans lequel l'examen n'était pas mentionné. Par ailleurs, visant une certaine richesse des discours, certaines plateformes ont été mises de côté (*e.g*, limitation du nombre de caractères sur Twitter). En raison du volume important du corpus de données et du traitement statistique opéré, certains discours minoritaires s'effacent des résultats. Dans les discussions de forums, il est par exemple des récits de violences gynécologiques ou des personnes ayant des discours en opposition aux discours dominants amenant à de vifs échanges. À cet égard, il

pourrait être intéressant d'envisager les discussions de forum comme des focus group afin de proposer une analyse manuelle des interactions et de la dynamique communicationnelle (Kitzinger, 1994).

Quelques limites inhérentes à l'utilisation des données issues des médias digitaux peuvent être soulignées, limites reposant essentiellement sur des postulats positivistes (Jowett, 2015). L'anonymat ne permet pas d'accéder aux données socio-démographiques, rendant impossible de caractériser la population, même si certaines caractéristiques peuvent être inférées à partir des discours. Néanmoins, plutôt que l'identité « réel » c'est davantage l'appartenance et la participation dans le groupe dans lequel les personnes s'expriment qui nous intéresse. Enfin les discours peuvent parfois manquer de clarté, être ambigus, et n'ayant pas de contrôle sur la production des données il nous est impossible de demander des clarifications.

5.4.4 Conclusion

L'étude des expériences liées à l'EG à partir des médias digitaux met en évidence que, en tant qu'objet de recherche complexe et polysémique, l'EG est révélateur d'un fonctionnement social plus large, et notamment de tensions quant à l'asymétrie de la relation médicale. À travers leur relation à l'EG, les individu·e·s viennent plus généralement questionner, élaborer et prendre position sur leur vision de la sexualité, de la santé des femmes, du pouvoir médical, de la féminité et de la masculinité, en fonction de leur inscription et participation sociales. L'expérience de l'EG pouvant être considérée comme relevant du domaine de l'intime, du privé, les personnes semblent utiliser les cyberespaces pour faire face à une forme d'ignorance sociale de l'expérience des femmes en gynécologie. L'usage de ces cyberespaces par les personnes montre une certaine ambivalence quant à leur potentiel libérateur, à la fois comme lieu de contestation de l'autorité médicale hégémonique et comme lieu de prolongement de celle-ci (voir Pitts, 2004). Les personnes semblent les utiliser face à certaines formes d'injustices épistémiques et promouvoir une critique du pouvoir médical. En revanche, ces cyberespaces peuvent être des lieux d'extension de cette autorité, où se (re)produisent certaines normes et discours dominants en gynécologie, de manière nuancée selon le contexte considéré. Ces données originales issues du contexte français soulignent l'importance de considérer les cyberespaces comme une

unité composite d'espaces d'expression et de socialisation socialement marqués. Ces cyberespaces révèlent le fonctionnement social plus large et particulièrement la pensée symptomatique des rapports sociaux de référence tels que ceux liés au genre.

Chapitre 6. Consultations gynécologiques et pratiques de l'examen gynécologique *in situ* : une enquête par observations directes

Le chapitre précédent présentait une étude portant sur l'examen gynécologique (EG) et son expérience à partir des discours issus des médias digitaux. Pour poursuivre notre parcours pluri-méthodologique, il est ici question d'opérer un déplacement de l'angle de prise de vue vis-à-vis de l'objet d'étude. Cette recherche porte alors sur les interactions soignant·e-soignée, les savoirs mobilisés, et les pratiques liées à l'EG et au dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) en milieu réel par une enquête par observations directes de consultations gynécologiques. Après avoir rappelé les objectifs de cette étude, la section méthode vise à rendre compte de l'opérationnalisation de l'enquête. Les résultats sont ensuite présentés, suivi d'une synthèse de ces derniers et d'une ouverture.

6.1 Rappel des objectifs

Dans une approche psychosociale inductive, cette étude vise à explorer les pratiques sociales/médicales liées à l'EG et au dépistage du CCU, et les systèmes de représentations spontanément mobilisés en milieu réel lors de consultations gynécologiques, notamment en contexte de précarité. Plus précisément, l'objectif de ces observations est d'appréhender comment les savoirs mobilisés peuvent réguler les interactions soignant·e-soignée et influencer la pratique de l'EG. Il s'agit d'explorer les logiques sociales et symboliques à l'œuvre dans la consultation gynécologique et pouvant contribuer aux freins au recours au dépistage du CCU, notamment en contexte de précarité.

6.2 Méthode

Une enquête par observation directe de consultation gynécologique a été mise en place sur différentes structures médicales à Marseille. L'enjeu est ici de rendre compte du déroulement de l'enquête, et de la façon dont les données ont été recueillies et analysées.

Cette étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique d'Aix-Marseille

Université (n° 2020-02-04-01) (voir Annexe 8).

6.2.1 Déroulement de l'enquête par observations

6.2.1.1 Les différents terrains et rythme de l'enquête

En termes de stratégie de choix des lieux d'observation, nous avons visé, dans la mesure du possible, des structures médicales permettant d'explorer les aspects liés aux inégalités sociales de santé en ciblant des lieux qui accueillaient, entre autres, des patientèles précaires. Dans une approche comparative, nous avons également cherché à réaliser des observations en cabinets libéraux de gynécologie dans des quartiers favorisés de Marseille. Enfin, diversifier les lieux d'observations était également une façon d'accéder à divers professionnel·le·s, et en cela, une multiplicité de pratiques professionnelles.

Les observations de consultations gynécologiques se sont déroulées sur six lieux différents à Marseille dont cinq structures médicales issues du service public : CPEF du centre-ville, centre de santé, CPEF de quartier, Centre de Gynécologie Sociale (CGS) de l'APHM[47] et Service de Gynécologie-Obstétrique (SGO) de l'APHM. Ces lieux accueillaient, entre autres, des populations en situation de précarité et/ou en parcours migratoire. Le sixième et dernier lieu était un cabinet libéral conventionné secteur 2 dans un quartier favorisé de Marseille. En Annexe 9 sont présentés les différents terrains[48] et certaines de leurs spécificités, les conditions d'accès et quelques éléments sur la patientèle.

Les observations de consultations gynécologiques se sont déroulées d'octobre 2020 à août 2022 sur les différents lieux, à raison de 44 demi-journées de présence pour un total de 112 observations de consultations réalisées. Du fait de la multiplicité des terrains, de la crise sanitaire liée à la Covid-19, de l'adaptation aux emplois du temps des praticiennes participantes[49] et à la présence/absence d'internes, et en fonction de chaque lieu, mon enquête s'est déroulée de manière discontinue. Bien

[47] Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

[48] Pour garantir l'anonymat des participantes, le choix a été fait de ne pas divulguer les noms, localisations, et certaines informations quant aux différents terrains.

[49] Les professionnelles de la gynécologie seront pour cette étude systématiquement féminisées. En effet, durant cette enquête la totalité des professionnelles participantes étaient des femmes, excepté un interne rencontré à une unique occasion.

qu'étant absente lors des temps de repas, des réunions d'équipe, *etc.*, assister aux consultations sur les divers lieux a permis l'ouverture à une multiplicité de pratiques.

Durant un premier temps visant l'imprégnation du milieu, je restais présente pendant toute la demi-journée de consultation avec la praticienne. En tant qu'observatrice, les demi-journées pouvaient m'être parfois intenses puisque qu'il pouvait parfois s'enchaîner jusqu'à huit consultations, ou plus, auxquelles s'ajoutait la découverte du milieu. Par la suite, étant donné que les transcriptions des consultations se faisaient en partie sur ma mémoire, j'ai fait le choix de raccourcir mon temps de présence en limitant le nombre de consultations observées en une demi-journée à trois ou quatre selon leur durée. L'objectif était de pouvoir transcrire des descriptions riches et détaillées des consultations observées.

6.2.1.2 Agencement spatio-temporel des consultations gynécologiques

Les consultations gynécologiques se déroulent classiquement en deux temps : l'interrogatoire puis l'examen clinique comprenant l'EG. Comme a pu le montrer Laurence Guyard (2002) sur la base d'observations de consultations gynécologiques, à ces différents temps se trouvent des espaces associés qui comportent des enjeux spécifiques. Nous noterons ici plus particulièrement le temps de l'interrogatoire dans lequel patiente et praticienne sont installées de part et d'autre d'un bureau médical, et le temps de l'examen, dans un espace dédié, où ici le corps des femmes se trouve exposé et l'objet de pratiques médicales. Il s'y ajoute un troisième et dernier temps qui correspond à la fin de la consultation, où patiente et praticienne sont de nouveau installées au bureau médical (*e.g.*, prescription et rédaction d'ordonnance).

Pour laisser cours au déroulé des consultations observées, j'ai essayé, dans la mesure du possible, de me tenir en retrait de l'interaction soignante-soignée. Je m'installais sur un siège généralement derrière celui de la praticienne durant les temps d'échanges et dans un endroit reculé lors de l'examen. Ma position durant l'examen fit l'objet d'une certaine négociation interne et d'adaptations pour pouvoir observer ce qu'il m'était nécessaire. Au départ, un sentiment de gêne était présent, s'accompagnant d'une crainte d'être intrusive pour les patientes. Je ne savais pas où me mettre, restant parfois au niveau de la séparation entre l'espace d'examen et l'espace du bureau. À quelques occasions, des professionnelles m'ont m'invitée à

m'approcher pour voir comment elles réalisaient l'examen (*e.g.*, observation du col de la patiente), m'amenant à expliciter et définir les limites de ce que j'observais. Par tâtonnements, et étant progressivement plus à l'aise avec le fait d'observer cet intime en situation médicale, je trouvais la « bonne » position dans l'espace à adopter, c'est-à-dire celle qui me permettait d'observait l'interaction soignante-soignée durant l'EG et les possibles réactions non verbales des patientes, tout en ayant le sentiment de ne pas m'imposer de trop. Il est à noter que parfois, l'espace d'examen pouvait être trop exiguë, et d'autres où la patiente ne souhaitait pas que je sois présente pendant l'examen. Dans ces situations, et avec l'accord des patientes et des praticiennes, je restais du côté du bureau médical en prêtant mon attention aux échanges durant l'EG.

La Figure 11 présente une schématisation d'un bureau de consultation dans le CPEF du centre-ville, avec ma position en tant qu'observatrice, en vert, dans l'espace pendant le temps des échanges, et la Figure 12 pendant le temps de l'examen.

Figure 11
Schématisation d'un bureau de consultation durant l'interrogatoire

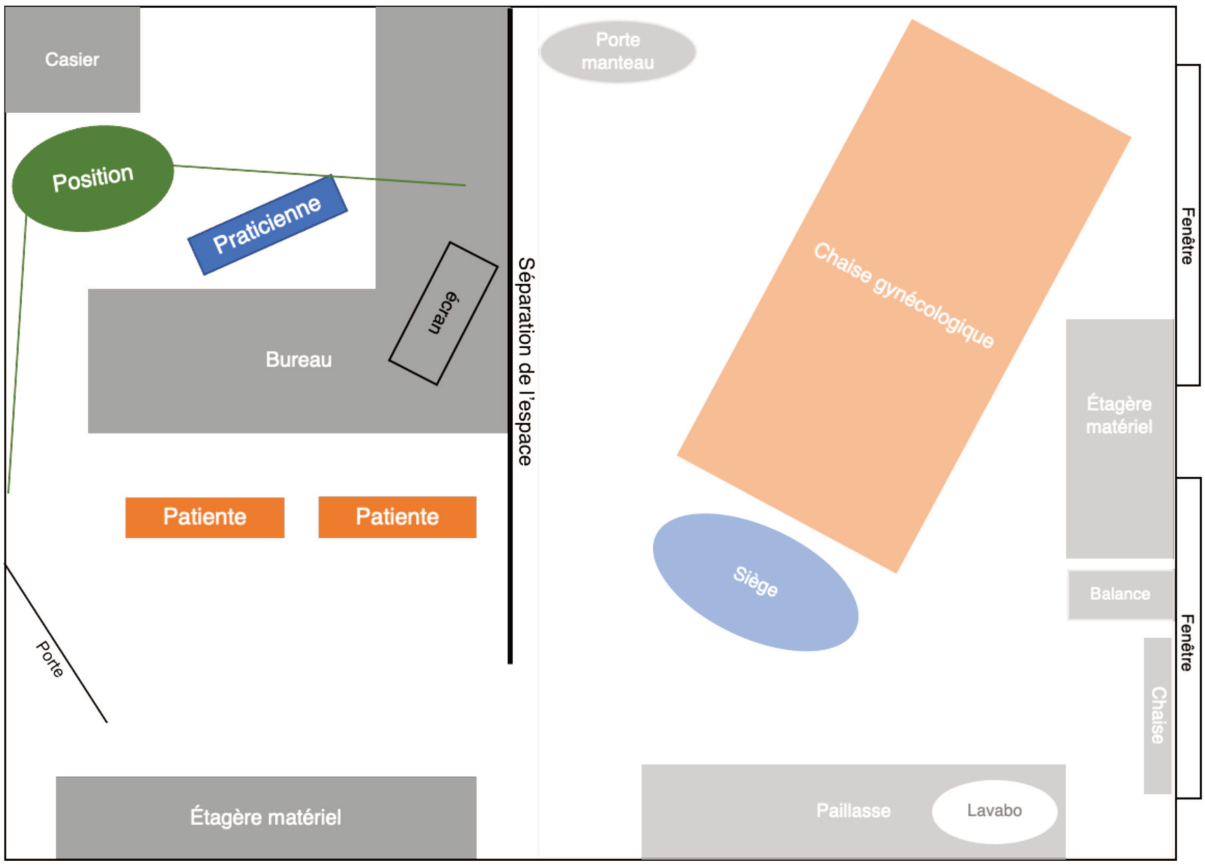
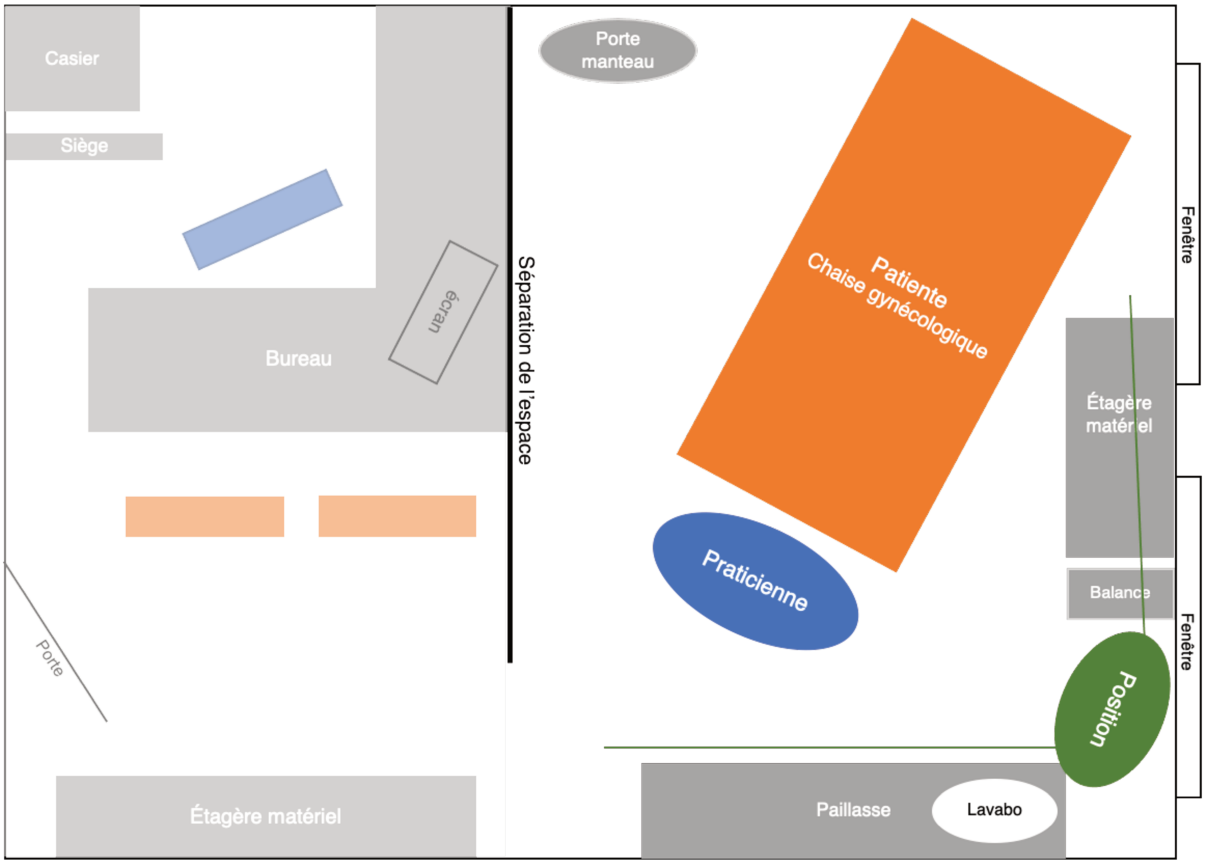


Figure 12

Schématisation d'un bureau de consultation durant l'EG



6.2.2 Recueil des données

6.2.2.1 Opérationnalisation de l'enquête et des outils de recueil

Dans une approche ethnographique, le déroulement de l'enquête s'est effectué en deux phases :

- Une phase d'observation exploratoire qui visait notamment l'imprégnation du milieu. Le recueil des données s'est effectué par la consignation des observations et interactions dans un carnet de terrain.
- Une phase d'observation systématisée qui visait un recueil plus approfondi et systématisé. Le recueil des données s'est effectué à l'aide d'une grille d'observation, tout en maintenant les prises de note dans un carnet de terrain.

Le Tableau 4 présente la répartition des observations réalisées selon les différents terrains et les différentes phases du déroulement de l'enquête.

Tableau 4
Répartition des observations en fonction des lieux

	Demi-journées de présence	Observations exploratoires	Observations systématisées	Observations totales
	N	N	N	N
Lieux				
CPEF du centre-ville	12	37	3	40
Centre de santé	15	12	11	23
CPEF de quartier	5	3	12	15
CGS de l'APHM	5	2	12	14
SGO de l'APHM	5	-	13	13
Cabinet libéral	2	-	7	7
Total	44	54	58	112

6.2.2.1.1 Le carnet de terrain

D'une façon classique à l'enquête de terrain dans une approche ethnographique, le corpus de données s'est constitué par la consignation de mes observations et interactions sous la forme de prise de notes dans un « carnet de terrain ». Le carnet de terrain est alors « le lieu où s'opère la conversion de l'observation participante en données ultérieurement traitables » (Olivier de Sardan, 1995, p. 36).

Concrètement, différentes prises de notes ont été effectuées au regard de la temporalité des consultations, soit en temps réel, pendant les observations ou dans l'après. Durant les consultations, la prise de note s'est effectuée de façon plus ou moins détaillée en fonction de la consultation observée, en reportant notamment les interactions et les formulations employées. Pour certaines consultations, la charge émotionnelle pouvait être importante (*e.g.*, patientes qui font part de violences, présence de pleurs, expression de stress, nervosité, *etc.*), la prise de note en temps réel était alors minimale. Quand cela était possible, j'agrémentais les prises de notes entre deux consultations.

Enfin, après les observations, des transcriptions sur un carnet de terrain informatisé à partir des notes prises en temps réel et de la grille d'observation (voire la section ci-dessous) ont été effectuées en essayant d'effectuer des descriptions détaillées et exhaustives des consultations, et cela, dans une temporalité la plus rapprochée possible des observations (i.e., majoritairement le jour même et le lendemain). Par la suite, je revenais sur les transcriptions du carnet informatisé, où

leurs relectures permettaient de faire revenir en mémoire certains détails. Ainsi, chaque consultation et les temps hors consultation (*e.g.*, temps d'échanges avec les praticiennes) ont fait l'objet de transcriptions.

6.2.2.1.2 La grille d'observation systématisée

L'intérêt d'une grille d'observation systématisée comme outil de support à l'enquête de terrain est qu'elle permet de centrer et cibler l'attention et le regard de l'enquêteur·rice sur les éléments de la situation observée, parmi la multiplicité d'information, qui sont pertinents au regard des objectifs et de la problématique de recherche (Arborio & Fournier, 2021; Martineau, 2005). En cela, cette grille systématisée reflète le « programme d'observation à savoir qu'elle identifie les dimensions ou les éléments du phénomène à observer » (Martineau, 2005, p.11). L'objectif est ici de restituer les aspects principaux de la grille et son élaboration. Une note méthodologique plus détaillée sur la construction de la grille et ses indicateurs est présentée en Annexe 7.

Guidée par une conceptualisation de la consultation gynécologique dans une approche psychosociale et féministe (voire Figure 7), cette grille visait à recueillir des éléments quant à la relation soignante-soignée, aux savoirs spontanément mobilisés, et aux pratiques liées à l'EG (voir Figure 13). Elle s'est construite à partir des transcriptions des consultations observées lors de la phase exploratoire, de la littérature scientifique (*e.g.*, Chen et al., 2008; Guyard, 2002) et de l'analyse des phénomènes socio-représentationnelles liés à l'EG à partir des communications sociales issues des médias digitaux. Pour des raisons de praticité, cette grille se présentait sous format papier en A4 afin de faciliter le recueil en temps réel. Tout d'abord, ont été pris en compte dans la grille :

- En axe vertical : les temps de la consultation (Guyard, 2002), à savoir, l'accueil et interrogatoire (T1), l'examen gynécologique (EG), la fin de la consultation (T3). Il s'y ajoute des éléments émergeant de façon transversale à la consultation (TT).
- En axe horizontal : les actrices de la situation, soit les professionnelles de santé (PDS) et les patientes.

Concernant la relation soignante-soignée et le climat socio-affectif, des indicateurs ont été élaborés en s'inspirant notamment du RIAS (*e.g.*, rires, blagues,

conversation personnelles; Ong et al., 1998) et de la grille de codage Verona (VR-Codes-P ; expression d'émotion des patientes et réaction des praticiennes, Del Piccolo et al., 2011). Pour les pratiques et enjeux propres à l'EG, les indicateurs visaient par exemple à relever la demande ou non du consentement, la gestion du déshabillage et du rhabillage, ou encore, l'expression de douleur des patientes et la gestion par les praticiennes.

De façon transversale, des catégories reflétant la mobilisation de différents registres de savoirs lors des consultations gynécologiques ont été considérées au regard des observations exploratoires et des éléments de littérature. Outre les aspects biomédicaux, cinq catégories ont été prises en compte vis-à-vis de notre problématique et objectifs de recherche afin d'appréhender les logiques socio-symboliques en consultation gynécologique :

1. L'abord de la sexualité en consultation gynécologique ;
2. L'abord des potentielles violences vécues des patientes (non liées au milieu médical) ;
3. L'expression de difficultés, injustices liées à la condition sociale de femmes ;
4. L'expression de jugements des praticiennes envers les patientes ;
5. L'abord d'expériences médicales passées négatives par les patientes[50].

Pour chacune, il était question de relever si elles émergent ou non, le cas échéant de qui, patiente ou professionnelle, et d'en relever l'interaction et son contenu. À ces catégories, il s'ajoute également une catégorie[51] sur la prévention et le dépistage. Aspect davantage instrumental que socio-affectif, il semble pertinent de noter au regard de nos objectifs si les praticiennes ou les patientes mentionnent le frottis et le dépistage du CCU au cours des consultations, même si celui-ci n'est pas réalisé. *In fine*, la grille permettait de cibler certains éléments et dimensions d'intérêts tout en permettant, dans une certaine mesure, de recueillir des données quantitatives quant aux consultations observées pour appréhender l'occurrence de certains

[50] Cette catégorie a été ajoutée au cours de l'enquête. En effet, une certaine flexibilité quant à la grille d'observation et son évolution a été maintenue pour ne pas restreindre de trop le regard porté sur les consultations et garder une certaine ouverture à la nouveauté.

[51] Il est à noter que la prévention des grossesses (i.e., contraception) est un enjeu et motif central des consultations. Néanmoins, ne pouvant tout aborder et au regard de notre problématique et objectifs de recherche, cet aspect n'a pas été traité. Pour approfondir cette thématique, j'invite à consulter par exemple les travaux en sociologie de Leslie Fonquerne (2021, 2022).

éléments (*e.g.*, sexualité, violences vécues, consentement explicite ou non, *etc.*).

Figure 13
Grille d'observation

Code :
Date :

Lieu :
P :

Hdeb :
Hfin :

Examens réalisés : ☐TV ☐SP ☐dCCU ☐PV ☐DIU ☐PM ☐Ten ☐Poi ☐ Aucun ☐ Autres :

Cat	Qui ?	PDS	Patiente
T1-Acc		*Présentation, accord, motif*	
T1-Int		*Regard, voix, rires, rq perso, réponses émotions*	*Regard, voix, rires, rq perso, expression émotions V / NV*
TT-Cont		*Regard, voix, rires, rq perso, réponses émotions*	*Regard, voix, rires, rq perso, expression émotions V / NV*
TT-AViol	☐ PDS ☐ F ☐ Non	T *Regard, voix, rires, rq perso, réponses émotions*	*Regard, voix, rires, rq perso, expression émotions V / NV*
TT-ASex	☐ PDS ☐ F ☐ Non	T *Regard, voix, rires, rq perso, réponses émotions*	*Regard, voix, rires, rq perso, expression émotions V / NV*
TT-ExpMed	☐ PDS ☐ F ☐ Non	T *Regard, voix, rires, rq perso, réponses émotions*	*Regard, voix, rires, rq perso, expression émotions V / NV*
TT-F	☐ PDS ☐ F ☐ Non	T *Regard, voix, rires, rq perso, réponses émotions*	*Regard, voix, rires, rq perso, expression émotions V / NV*
TT-Jug	☐ PDS ☐ F ☐ Non	T *Positif/Négatif : Regard, voix, rires, rq perso, réponses émotions*	*Positif/Négatif : Regard, voix, rires, rq perso, expression émotions V / NV*
TT-Édu		☐ *Frottis (mention, CCU, explication) ; auto-palpation, autres*	
EG-ExpliCom		*Oui / Non*	*Réaction*
EG-Cons		☐ Oui – explicite ☐ Non – directif ☐ Non - Implicite ☐ Autre :	*Réaction : accord, refus, silence …*
EG - Désh		*Respect intimité, espace, 2 temps*	*Aisance, oubli, hésitation, disposition vêtement*
EG -Cor		*Commentaires, observations et réactions / objet : poids, perles, poils, cicatrices, autres*	
EG-Insert		*Préviens/demande* *Spéculum :*	*Réaction : sursaut, rire, souffle, crispe*
EG-Relax		*Oui / non / lesquels*	
EG-Gêne		*Réaction : conseil, rassure, culpabilité, gêne, minimisation, rien*	*Expression verbale / non verbal*
EG-échange		*Explication, badinage, silence, autre*	
EG-Rhab		*Respect intimité*	*Aisance,*
T3-Fin		*Regard, voix, rires, rq perso, réponses émotions*	*Regard, voix, rires, rq perso Expression émotions V / NV*

Autres

6.2.2.1.3 Les caractéristiques des professionnelles, des patientes et des consultations

Les professionnelles participantes étaient invitées à répondre à un court questionnaire comportant des éléments socio-démographiques et sur leur activité professionnelle (voir Annexe 11).

Concernant les patientes, un questionnaire était initialement prévu. Celui-ci comportait des éléments socio-démographiques (*e.g.*, âge, niveau d'étude, *etc.*) et l'échelle pour le calcul du score EPICES (Labbé et al., 2007)[52]. Compte tenu de la barrière de la langue mais aussi de l'enchaînement des consultations, le protocole de recherche a dû être adapté. Le choix a été fait que je demande aux patientes participantes à l'aide d'une grille standardisée après les consultations les informations qu'il pouvait me manquer (*e.g.*, niveau d'étude), en mettant de côté l'échelle pour le score EPICES.

Enfin, pour les consultations, il était relevé de façon systématique : le lieu, la durée, le motif évoqué, la présence d'une tierce personne (i.e., étudiant·e·s et/ou accompagnant·e·s), s'il était question d'une première rencontre ou non entre la praticienne et la patiente, et les examens réalisés.

6.2.2.2 Le matériel recueilli

Au regard des éléments présentés, deux types de matériaux ont été recueillis :

(1) Des données qualitatives : soit le carnet de terrain où ont été transcrites les consultations observées et les temps hors consultation (i.e. interactions avec/entre les professionnelles) ;

(2) Des données quantitatives : les caractéristiques socio-démographiques des patientes participantes, celles des professionnelles, les caractéristiques des consultations, et l'abord ou non des catégories précédemment définies (*e.g.*, abord ou non de la sexualité, mention du dépistage du CCU) et de certains indicateurs (*e.g.*, recueil ou non du consentement avant l'EG).

À ces matériaux, il s'ajoute différents documents que les professionnelles ont pu me transmettre durant l'enquête comme des dépliants sur le dépistage du CCU à

[52] Le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé) est un indicateur multidimensionnel de la précarité et de la « santé sociale ».

destination des patientes, *etc*. Il nous faut également souligner ici les données que nous n'avons pas du fait du dispositif d'enquête, puisque influant le travail interprétatif de l'analyse des données, comme des informations sur le parcours gynécologique des patientes participantes (*e.g.*, fréquence de consultation, entrée dans la carrière gynécologique) et le retour des patientes sur leur vécu de la consultation observée.

6.2.3 Stratégie d'analyse

En s'inspirant de la *grounded theory* (Glaser & Strauss, 2009), la stratégie d'analyse s'inscrit dans une démarche inductive, avec une posture d'ouverture et de créativité, qui, à partir d'un phénomène observé, cherche à construire progressivement un savoir cohérent et pertinent. Bien que s'inscrivant dans une démarche inductive, l'analyse ne s'effectue pas en l'absence d'une orientation épistémologique et théorique. La conceptualisation de la consultation gynécologique dans une approche psychosociale et féministe a guidé l'analyse et le travail interprétatif (voire Figure 7). Outre les aspects biomédicaux, la consultation gynécologique est envisagée comme un espace relationnel et social dans lequel les pratiques liées à l'EG et les relations soignant·e-soignée pourraient faire l'objet de régulation par des facteurs socio-symboliques et idéologiques (*e.g.*, savoirs mobilisés, climat socio-affectif, caractéristiques psychosociales des patientes et des praticien·ne·s, rapports de pouvoir et domination, *etc.*).

La grille d'observation systématisée élaborée se trouve être une ébauche des dimensions de l'analyse (Arborio & Fournier, 2021; Martineau, 2005). Elle a guidé le travail analytique et interprétatif des données recueillies. Concrètement, à partir des données quantitatives recueillies, des analyses statistiques descriptives ont été menées (*e.g.*, caractéristiques socio-démographiques des patientes, abord ou non de la sexualité *etc.*). Les transcriptions des consultations issues de la phase exploratoire ont fait l'objet de relecture(s), notamment pour coder, quand cela fût possible, l'abord ou non des catégories définies dans la grille d'observation pour leur analyse à la fois quantitatives et qualitatives.

Pour les données qualitatives, les données ont fait l'objet d'un codage dans une forme d'analyse de contenu catégorielle. Une certaine flexibilité dans le codage a été maintenu pour laisser la possibilité d'émerger d'autres catégories lors du processus analytique et interprétatif. À titre illustratif, aux catégories préalablement définies, une

catégorie liée au poids et la corpulence dans leur dimension psychosociale a été ajoutée.

Des sessions de triangulation des analystes (i.e., double analyse des données) avec Léa Restivo, MCF en psychologie sociale, et parfois avec Thémis Apostolidis, PR en psychologie sociale, ont été mises en place. Ces sessions visaient notamment à soumettre à discussion certains extraits issus des transcriptions de consultation. Elles ont, entre autres, permis d'affiner la définition des catégories d'analyses, mais aussi de faire émerger des pistes interprétatives.

Les analyses qualitatives des données recueillies (i.e., transcription des consultations) se sont effectuées à l'aide du logiciel NVivo 14 (© 1999-2022 QSR International) comme support à l'analyse pour l'organisation et la visualisation des données.

Enfin, les analyses des données quantitatives et qualitatives ont fait l'objet d'un croisement pour nous informer et objectiver les dimensions psychosociales liées à l'EG, dans les discours et les pratiques, de façon située et contextualisée.

6.3 Résultats

La grille d'analyse (voir Annexe 12) présente les principaux axes et catégories sur lesquelles reposent le travail analytique et interprétatif des données. Celle-ci constitue un résultat en soi puisqu'elle nous informe sur les savoirs mobilisés, les pratiques liées à l'EG, ou encore, le climat socio-affectif, qui prennent spontanément place lors des consultations gynécologiques. Après une présentation d'éléments descriptifs généraux permettant de contextualiser les consultations observées, trois axes seront exposés au regard des objectifs de recherche, de l'objet et des données, à savoir : le rapport à la norme préventive en consultation gynécologique, les savoirs mobilisés, et les pratiques liées à l'EG.

6.3.1 Éléments descriptifs généraux

Au total 112 observations de consultations gynécologiques ont été effectuées. Les caractéristiques des 15 professionnelles et des 109 patientes participantes[53] ainsi que celles des consultations sont présentées ci-dessous.

[53] Bien qu'il y ait un total de 112 consultations observées, j'ai rencontré 109 patientes car pour trois d'entre elles je les ai rencontrées à deux reprises.

6.3.1.1 Les professionnelles

Les 15 professionnelles participantes (voir Tableau 5) étaient âgées entre 23 et 48 ans (M = 31.6 ans ; SD = 7.4). Excepté un interne en médecine générale, la totalité des professionnelles étaient des femmes. Lors d'un échange avec Florian Martin, rencontré à une unique occasion au CGS de l'APHM, celui-ci m'exprima ne pas être à l'aise avec la pratique en gynécologie mais qu'il était obligé de réaliser un stage en gynécologie dans sa formation de médecin généraliste.

Hormis les professionnelles encore en étude (interne et externe), les praticiennes avaient entre 1 et 22 années d'exercice (M = 9.6 ans ; SD = 8.1) et provenaient de différentes spécialités. Concernant les internes en gynécologie médicale ou médecine générale, et l'externe sage-femme, il s'agit principalement de consultations au CGS de l'APHM où toutes les consultations observées étaient assurées par deux personnes.

Tableau 5

Liste des professionnel·le·s participant·e·s et principales caractéristiques

Pseudonyme	Âge	Spécialité	Années d'exercice	Lieu d'exercice
Nawel Bouzid	34	Gynécologue médicale	8 ans	CPEF du centre-ville
Stéphanie Bard	30	Médecin généraliste	1 ans	CPEF du centre-ville
Sofia Royer	48	Sage-femme	22 ans	Centre de santé
Jeanne Bresson	36	Médecin général	8 ans	CPEF de quartier
Natacha Greco	30	Gynécologue médicale	4 ans	APHM
Inès Taleb	-	Interne - gynécologie médicale	-	APHM
Chloé Pastel	28	Interne - gynécologie médicale	3ème année	APHM
Carla Moreau	25	Interne - gynécologie médicale	2ème année	APHM
Anna Dembri	43	Gynécologue médicale	17 ans	Cabinet libéral
Florian Martin[a]	27	Interne - médecine générale	3ème année	APHM
Laura Prévot[a]	-	Interne - médecine générale	-	APHM
Amélie Dubois[a]	29	Interne - médecine générale	3ème année	APHM
Claire Vernet[a]	23	Externe - sage-femme	5ème année	APHM
Margot Deligny[a]	27	Interne - gynécologie médicale	2ème année	APHM

[a] Concernant ces étudiant·e·s, ils/elles occupaient la position d'observateur·rice et réalisaient parfois l'EG.

6.3.1.2 Les patientes : qui consulte et où ?

Les 109 patientes participantes étaient âgées entre 17 et 80 ans (M = 34.5 ; SD = 11.60)[54]. La large majorité des patientes participantes étaient considérées comme en âge de procréer[55], avec 85.03% des patientes ayant moins de 50 ans. Par ailleurs, en référence aux recommandations pour le dépistage du CCU, 75.23% des patientes

[54] Avec n = 3 données manquantes (2.75%).

[55] Par « âge de procréer » il est entendu de 15 ans à 49 ans (DREES, 2021), soit de l'apparition des cycles menstruels à la ménopause.

rencontrées lors des consultations étaient concernées par le dépistage, soit ayant entre 25 et 65 ans.

En termes de caractéristiques socio-démographiques (voir Tableau 6), la majorité des patientes était en couple ou mariée, avaient un ou plusieurs enfants et étaient sans emploi. Bien que l'orientation sexuelle des patientes n'était pas recueillie ni questionnée par les praticiennes, deux patientes ont fait part de leur homosexualité durant leur consultation. Pour le niveau d'étude, 30.11% avaient un niveau inférieur au baccalauréat et 46.23% un niveau équivalent ou supérieur au baccalauréat. Ainsi, les patientes consultantes sur les différents contextes de prise en charge sont majoritairement en âge de procréer, en couple hétérosexuel et ayant des enfants.

Dans une visée d'appréhender la présence, ou non, de disparités en fonction des contextes de prise en charge, le Tableau 6 présente les caractéristiques socio-démographiques des patientes en fonction des terrains de recherche. Des variations sont notamment observées sur l'emploi et le niveau d'étude, avec le centre de santé et le CGS ayant à la fois une majorité de patiente sans emploi et avec un niveau d'étude inférieur au baccalauréat. Concernant les deux CPEF, bien que les patientes aient en majorité un niveau d'étude équivalent ou supérieur au baccalauréat, elles sont pour la plupart sans emploi. Pour le SGO, les taux d'emploi sont à peu près équivalents avec la plupart des patientes ayant un niveau inférieur au baccalauréat. En ces lieux, il est également quelques patientes bénéficiaires de l'AME[56] ou ne bénéficiant d'aucun dispositif de protection pour la prise en charge des frais de santé. Enfin, le libéral se distingue nettement puisque la totalité des patientes ont un emploi, excepté une patiente à la retraite, et la totalité ont un niveau d'étude supérieur au baccalauréat. *In fine*, ces données descriptives attestent d'un gradient social en fonction des terrains de recherche, avec le centre de santé présentant la patientèle la plus précaire, et le libéral, la patientèle la plus favorisée.

Enfin, excepté en libéral, il se trouve en grande majorité dans ces lieux des populations de femmes racisées, majoritairement noires et/ou maghrébines. Pour les patientes en parcours de migration, il s'agit en majorité de patientes provenant de

[56] L'AME pour Aide Médical d'État est un dispositif destiné aux personnes étrangères en situation irrégulière pour leur permettre de bénéficier d'un accès aux soins.

l'Algérie, la Turquie et du Nigeria, et pour quelques-unes de la Moldavie, la Serbie ou du Soudan. Par ailleurs, un nombre non négligeable de patientes étaient de confession musulmane, qu'elles l'aient exprimé verbalement durant la consultation (*e.g.*, gestion du ramadan et de l'allaitement) et/ou signifié par le port d'un voile ou d'un hijab.

Tableau 6

Caractéristiques socio-démographiques des patientes en fonction des terrains de recherche

	CPEF du centre-ville	Centre de santé	CPEF de quartier	CGS APHM	SGO APHM	Libéral	Total
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Âge	28.85 (6.83)	37.28 (11.91)	34.47 (10.29)	28.85 (7.95)	42.85 (16.8)	47.43 (9.48)	34.5 (11.60)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Statut marital							
Couple / Mariée	23 (88.46)	10 (55.56)	12 (80)	9 (64.29)	10 (76.92)	4 (57.14)	68 (73.12)
Célibataire	2 (7.69)	8 (44.44)	3 (20)	2 (14.29)	2 (15.38)	3 (42.86)	20 (21.51)
Autre	1 (3.85)	-	-	1 (7.14)	-	-	2 (2.15)
Données manquantes	-	-	-	2 (14.2)	1 (7.69)	-	3 (3.23)
Total	26 (100)	18 (100)	15 (100)	14 (100)	13 (100)	7 (100)	93 (100)
Enfant(s)							
Oui	14 (53.85)	15 (83.33)	7 (46.67)	9 (64.29)	9 (69.23)	5 (71.43)	59 (63.44)
Non	12 (46.15)	3 (16.67)	8 (53.33)	5 (35.71)	4 (30.77)	2 (28.57)	34 (36.56)
Total	26 (100)	18 (100)	15 (100)	14 (100)	13 (100)	7 (100)	93 (100)
Emploi							
Oui	6 (23.08)	5 (27.78)	5 (33.33)	4 (28.57)	6 (46.15)	6 (85.71)	32 (34.41)
Non	19 (73.08)	13 (72.22)	9 (60)	9 (64.29)	5 (38.46)	-	55 (59.14)
Lycéenne	-	-	1(6.67)	-	-	-	1 (1.08)
Retraitée	-	-	-	-	1 (7.69)	1 (14.29)	2 (2.15)
Données manquantes	1 (3.85)	-	-	1 (7,14)	1 (7.69)	-	3 (3.23)
Total	26 (100)	18 (100)	15 (100)	14 (100)	13 (100)	7 (100)	93 (100)
Niveau d'étude[a]							
Aucun diplôme ou certificat d'études primaires	2 (7.69)	4 (22.22)	-	-	3 (23.08)	-	9 (9.68)
Brevet des collèges	2 (7.69)	6 (33.33)	1 (6.67)	1 (7.14)	-	-	10 (10.75)
CAP, BEP ou équivalent	-	3 (16.67)	-	3 (21.43)	3 (23.08)	-	9 (9.68)
Baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent	3 (11.54)	2 (11.11)	5 (33.33)	3 (21.43)	2 (15.38)	-	15 (16.13)

Diplôme du supérieur court (niveau bac + 2)	4 (15.38)	1 (5.56)	2 (13.33)	2 (14.29)	2 (15.38)	3 (42.86)	14 (15.05)
Diplôme du supérieur long (supérieur à bac + 2)	3 (11.54)	-	4 (26.67)	2 (14.29)	1 (7.69)	4 (57.14)	14 (15.05)
Données manquantes	12 (46.15)	2 (11.11)	3 (20)	3 (21.43)	2 (15.38)	-	22 (23.66)
Total	26 (100)	18 (100)	15 (100)	14 (100)	13 (100)	7 (100)	93 (100)

Note. Les 16 premières observations ont été retirées de l'analyse car le recueil des données socio-démographiques n'était pas encore systématisé (i.e. mise en place du dispositif d'enquête). Le nombre de données manquantes se trouvait important. Aussi, trois patientes ont été rencontrées à deux reprises. Sur 112 consultations, cela fait un total de 93 patientes pour ces analyses descriptives.

[a] Concernant le niveau d'étude, le nombre de données manquantes totale se trouve relativement élevé (n = 22). Plusieurs raisons peuvent être évoquées : le temps de mise en place du dispositif de l'enquête, la barrière de la langue, les consultations sensibles et l'ambiguïté des réponses fournies par les patientes. À titre illustratif, une patiente m'a indiqué avoir le BAFA ou deux autres m'ont expliqué le trajet qu'elles effectuaient pour amener leur(s) enfant(s) à l'école. Ces données manquantes se trouvent principalement pour le niveau d'étude car les autres éléments sont parfois évoqués en consultation (*e.g.*, statut marital, emploi).

6.3.1.3 Les caractéristiques des consultations

6.3.1.3.1 Les motifs de consultations

Sur les 112 des consultations observées, les motifs de consultation évoqués par les patientes ou reportés par les professionnelles sont souvent uniques (58.93% des consultations avec un seul motif), et parfois multiples (41.07% des consultations avec deux motifs ou plus).

Face à la diversité des motifs de consultations, cinq catégories de motifs ont été distinguées. Premièrement, le motif de consultation le plus fréquemment observé est la **contraception** (n = 43 ; 30.07% des motifs), que ce soit pour la prescription ou le renouvellement de pilule contraceptive, la pose et/ou le retrait de DIU ou d'implant, ou encore, la recherche d'information. Le second motif le plus fréquemment observé renvoie à des **problèmes et symptômes au niveau gynécologique** (n = 37 ; 25.287%), comme des douleurs pelviennes ou à la poitrine, des dérèglements des cycles menstruels ou des fibromes. Ici sont inclus également des problèmes et symptômes liés à la sexualité et aux pratiques sexuelles comme la suspicion d'IST (*e.g.*, odeurs, démangeaisons) ou des douleurs lors des rapports sexuels (n = 10). Troisièmement, ce sont les enjeux liés à la **grossesse** qui sont retrouvés, qu'elle soit désirée ou non, et passée, présente ou future, (n = 32 ; 22.38%)[57] : le suivi de grossesse (consultation pré/post-natale), le suivi de fausse couche, le désir de grossesse et la suspicion d'infertilité primaire ou secondaire, et le suivi d'IVG. Dans une moindre mesure, le quatrième motif reporté par les patientes en consultation renvoie à la **prévention et au dépistage** (n = 16 ; 11.16%), soit le suivi « de routine » avec la réalisation d'examen (n = 7) ou le dépistage du CCU (n = 9). La cinquième et dernière catégorie de motifs correspond à divers motifs singuliers (n = 6 ; 4.2%), comme une consultation pour établir un certificat de mutilation génitale, une patiente en suivi d'AMP[58] ou encore, une patiente venant pour une première consultation car ayant eu des premiers rapports hétérosexuels. De façon transversale à ces catégories, il est parfois des retours de résultats d'analyse (n = 9 ; 6.29%) comme des prises de sang ou les résultats du test HPV. Enfin, je soulignerai que seul cinq consultations ont

[57] Il faut ici souligner l'influence du dispositif d'enquête puisque j'essayai de cibler, dans la mesure du possible, des consultations n'ayant pas pour objet le suivi de grossesse.

[58] Assistance Médicalement à la Procréation

pour unique motif le dépistage du CCU (4.46%), de même pour les consultations ayant pour unique motif l'examen « de routine ».

La répartition des motifs de consultation semble varier en fonction des terrains de recherche, soit selon la spécificité des services proposés et de la patientèle consultante. En effet, au CGS, service spécialisé dans la prise en charge des IVG et la planification familiale, l'entièreté des consultations a pour motif la contraception, et parfois, le suivi d'IVG. Pour le centre de santé, il s'agit davantage de suivi de grossesse. Cela peut s'expliquer par le fait que la praticienne est sage-femme, mais aussi car la voie d'entrée en gynécologie pour les patientes en situation de précarité est souvent la grossesse (Koechlin, 2022b). Enfin, c'est en libéral que se trouve la majorité des consultations « de routine ».

6.3.1.3.2 Les premières rencontres ou les suivis

Pour 61.61% des consultations, il s'agissait d'une première rencontre entre la patiente et la professionnelle (n = 69). Parmi les 38 où la patiente et la professionnelle s'étaient déjà rencontrée lors de précédentes consultations (33.93%)[59], 22 étaient en suivi régulier avec la professionnelle. Il s'agit, entre autres, de suivi de grossesse avec une sage-femme et de la totalité des consultations en cabinet libéral. Pour les 16 autres, il est question de suivi ponctuel comme le suivi d'IVG. Enfin, pour trois patientes, il s'agissait de leur première consultation gynécologique[60].

Les motifs précédemment évoqués et le fait d'être en suivi, ou non, nous renseignent sur le parcours gynécologique au regard des patientèles rencontrées dans ces différents contextes. En effet, ces éléments soulignent que le parcours gynécologique n'est pas un chemin linéaire et avec un·e unique professionnel·le de la gynécologie, excepté dans le cas des consultations en libéral où les patientes sont en suivi annuel avec la praticienne. Pour les autres terrains, le parcours gynécologique semble faire l'objet de pauses et de reprises en fonction des besoins des patientes (i.e. contraception, problème gynécologique), nécessitant de consulter en gynécologie

[59] Avec n = 5 données manquantes (4.46%).

[60] L'entrée dans la « carrière gynécologie » (Koechlin, 2022b) était pour l'une d'entre elle liée à son entrée dans la sexualité hétérosexuelle. Pour les deux autres, il était question de deux patientes en situation de migration, l'une du Nigéria, et l'autre de Moldavie, qui consultaient respectivement pour des problèmes gynécologiques (douleurs) et pour un désir de grossesse.

avec des professionnel·le·s, souvent inconnu·e·s[61]. En cela, avoir un·e professionnel·le de la gynécologie « attitré » qui suit l'entièreté ou une grande part du parcours gynécologique, et consulter dans une visée de prévention en matière de santé semblent être davantage associés à une patientèle favorisée.

6.3.1.3.3 La durée des consultations

Sur la totalité des consultations observées, la durée des consultations était entre 5 et 75 minutes (M = 25.40 ; SD = 13.26), reflétant une importante variabilité des temps de consultation. Cette variabilité peut tout d'abord s'expliquer par les motifs de consultations. Il est par exemple des consultations à durée courte pour des retours de résultats d'analyses qui visent uniquement à transmettre les résultats à la praticienne, à la suite d'une consultation récente. D'autres consultations nécessitent davantage de temps comme la pose d'implant ou la pose de DIU requérant des gestes techniques avec parfois des difficultés, ou les premières consultations dans le cas de suivi de grossesse nécessitant un temps d'interrogatoire et de transmission d'information conséquent.

Au-delà des motifs, une importante variabilité inter-individuelle est observée, c'est-à-dire que les temps de consultations semblent dépendre des pratiques professionnelles, pratiques qui s'inscrivent dans des lieux spécifiques. Les temps moyens les plus importants sont retrouvés au centre de santé (M = 32.87 min) et au CPEF de quartier (M = 34.8 min), soit des lieux accueillant une population précaire. Pour le centre de santé, cela peut s'expliquer par le nombre de suivi de grossesse mais aussi par la volonté d'avoir une approche globale des patientes pour « faire le point » dans la mesure où celles-ci sont considérées comme éloignées du système de santé. Pour le CPEF de quartier, il est question d'une professionnelle portant des valeurs féministes dans sa pratique professionnelle, manifestant une attention particulière vis-à-vis de l'écoute des patientes et la transmission de connaissances quant à l'anatomie par exemple. Le temps moyen le plus court est retrouvé en cabinet libéral (M = 15.6 min). Cela peut se justifier par le fait que la rémunération est à l'acte pour les médecins exerçant en libéral, mais aussi car il s'agit de patientes en suivi

[61] Pour les structures relevant du service public, il peut y avoir un *turn-over* des professionnel·le·s. Au CPEF du centre-ville, les praticiennes m'ont fait part que, dans le cas où une patiente consultait de nouveau, elles essayaient au maximum que celle-ci consulte avec la même professionnelle.

régulier, consultant de façon annuelle (i.e. pas nécessaire d'effectuer tout l'interrogatoire). Enfin, pour le CGS, le SGO et le CPEF du centre-ville, les temps moyens de consultations avoisinaient les 20 minutes.

6.3.1.3.4 Les examens réalisés

Sur les 112 consultations observées, des examens, quels qu'ils soient, ont été réalisés dans 81.25% des consultations, avec 75 consultations comportant des examens génitaux (66.96%). Le Tableau 7 présente le nombre et le type d'examens réalisés. Nous noterons que l'examen au spéculum est celui le plus fréquemment réalisé. En effet, le spéculum peut être utilisé seulement dans une visée de visualisation du col de l'utérus mais aussi pour la réalisation de dépistage du CCU, la pose ou le retrait de DIU, ou encore certains prélèvements. Pour le toucher vaginal, il s'accompagne pour 16 d'entre eux d'une palpation ventrale au moment du toucher (*e.g.*, pour la recherche de douleur) et parfois, des demandes de contraction du périnée pour évaluer la nécessité d'une rééducation du périnée à la suite d'accouchements par voie basse.

Tableau 7
Types et nombre d'examens réalisés

	N (% sur les 112 consultations observées)
Examens génitaux	
Spéculum	67 (59.82)
Dépistage du CCU	33 (29.46)
Toucher vaginal	25 (22.32)
Prélèvement vaginal	17 (15.17)
DIU (pose/retrait)	10 (8.92)
Échographie endovaginale	9 (8.03)
Certification de mutilation génitale	1 (0.89)
Refus d'EG	6 (5.35)
Autres examens	
Palpation des seins	42 (37.5)
Palpation ventrale seule	15 (13.39)
Prise de tension	13 (11.6)
Implant (pose/retrait)	7 (6.25)
Pesée	9 (8.03)
Échographie abdominale	3 (2.67)
Test urinaire (grossesse)	2 (1.78)
Aucun	21(18.75)

Données manquantes	3 (2.67)

Outre les motifs de consultations, les examens réalisés dépendent notamment du lieu de consultation et du matériel disponible. À titre d'exemple, le CGS et le cabinet libéral étaient équipés de l'appareil à échographie endovaginale mais pas les CPEF. Cela implique notamment pour les patientes de prendre à nouveau rendez-vous avec un·e autre professionnel·le, et dans un autre lieu, lorsque des échographies endovaginales sont nécessaires ou conseillées (*e.g.*, contrôle de la pose de DIU), nécessitant alors un nouvel examen pelvien. Je soulignerai également le manque de moyen et de matériel adéquats observés dans les services publics qui m'est apparu de façon lancinante lorsque j'ai réalisé les observations en cabinet libéral.

6.3.1.3.5 La présence de tierces personnes en consultations

6.3.1.3.5.1 La présence d'étudiant·e·s

Sur les 112 consultations observées, 16.96% d'entre elles se sont effectuées en présence d'étudiant·e·s, c'est-à-dire un·e interne en médecine générale ou gynécologie médical, ou externe sage-femme. Plus précisément, il s'agit de la totalité des consultations observées au CGS et d'une partie de celles observées au SGO (n = 5 sur 13 consultations observées). Pour les autres lieux, je soulignerai que la totalité des praticiennes accueillaient également des étudiant·e·s dans leur consultation. Néanmoins, il était à chaque fois question que je m'organise avec les internes ou externes afin d'éviter que nous soyons trop nombreux en consultation dans un souci de respect des patientes.

Pour le CGS et le SGO, ces deux services sont situés au sein d'un hôpital publique de l'APHM. En tant que CHU[62], la mission de formation du corps médical semble ainsi prioritaire, et cela plus spécifiquement au CGS. Il est possible que cela soit dû au type de service proposé par le CGS et le fait qu'aucun suivi n'y soit concrètement possible. Certaines patientes ont pu avoir des réactions d'étonnement, voire parfois ponctuées de commentaires comme « *on est plus à ça près !* » lorsque je leur demandais leur accord pour assister à la consultation. À cet égard, il prend place dans ces lieux une normalisation et banalisation de la présence d'étudiant·e·s en consultation qui se sont entre autres manifestées par le fait de ne pas (se) présenter

[62] Centre Hospitalier Universitaire

l'étudiant·e ou en accueillant la patiente en commentant *« on est beaucoup aujourd'hui ! »*, m'incluant dans les présentations. Seule une externe sage-femme demandait l'accord aux patientes à sa présence. De même, lorsque les examens étaient réalisés par l'étudiant·e, les patientes n'étaient majoritairement pas consultées ou prévenues.

6.3.1.3.5.2 Les accompagnant·e·s

Sur les 112 consultations, 25 se sont déroulées en présence d'une tierce personne accompagnant la patiente (22.32 %). Pour huit d'entre elles, la patiente était accompagnée de son partenaire (7.14%). Pour une patiente consultant au CPEF du centre-ville, il était question qu'il soit présent pour une aide à la traduction jouant alors un rôle actif dans la consultation puisque se trouvant l'intermédiaire dans la relation entre la patiente et la praticienne. Pour les autres, il était davantage question d'une présence passive, effacée, pouvant refléter une fonction de soutien, et ce dans tous les lieux de prise en charge. Il est à noter que lors de la réalisation d'EG, les praticiennes demandaient généralement au partenaire de sortir du bureau de consultation. Sous couvert d'une question de respect de la patiente, faire sortir le conjoint permettrait également d'avoir un moment privilégié avec la patiente lors de l'EG pour éventuellement aborder des sujets qu'elle ne pourrait faire devant son conjoint.

Pour huit consultations, les patientes étaient accompagnées d'une femme proche soit une amie, une personne de la famille ou belle-famille, ou une voisine (7.14%). De même que pour le partenaire, la présence de cette tierce personne pouvait être à des fins d'aide à la traduction et/ou de soutien. La particularité de cet agacement singulier est que parfois, l'accompagnatrice se saisissait de l'espace de consultation de la patiente pour elle-même. Lors d'une consultation au CPEF du centre-ville, Nawel Bouzid se retrouva par exemple à réaliser une palpation mammaire à l'accompagnatrice après avoir fait l'EG à la patiente.

> *La patiente, l'accompagnatrice et la praticienne échangent autour de la contraception, et notamment de la pilule. L'accompagnatrice pose une question à Nawel Bouzid pour savoir pourquoi elle a certains effets secondaires (prise de poids) et pas la patiente. Nawel Bouzid se tourne vers*

moi et me dit « je fais des consultations 2 en 1 ! » en riant. (CPEF du centre-ville – 31/05/2021)[63]

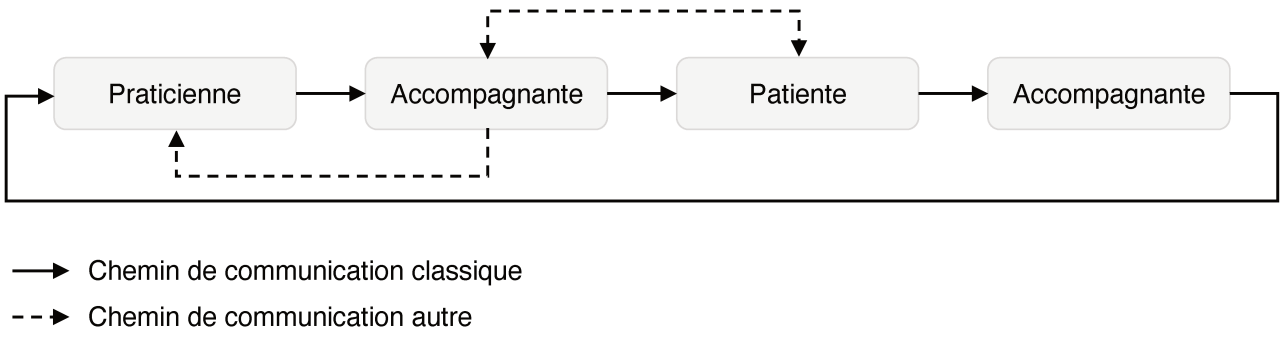
Pour sept consultations, les patientes étaient en présence de leur(s) enfant(s), généralement en bas-âge. Dans ces situations, la présence d'enfants avait pour principales conséquences de ne pas pouvoir effectuer l'EG.

Enfin, il est également une situation singulière où la patiente, consultant à deux reprises, était accompagnée d'une bénévole d'une association pour une aide à la traduction, voire un soutien dans ses démarches, soutien à la fois sur le plan instrumental (*e.g.*, administratif), qu'affectif. En effet, cette patiente consultait pour effectuer un certificat d'excision dans le cadre de sa demande de droit d'asile.

6.3.1.3.6 La barrière de la langue en consultation et ses configurations

La problématique de la barrière de la langue en consultation s'est présentée dans 22 consultations observées (21.42 %)[64]. Plusieurs configurations semblent émerger. Comme nous avons vu précédemment, il est des situations où les patientes venaient accompagnées, notamment d'une femme proche (i.e. famille, amie, voisine). Il est ici un agencement singulier puisque cette tierce personne fait l'intermédiaire dans la relation entre la praticienne et la patiente. Les échanges suivent classiquement le schéma de communication ci-dessous (voir Figure 14). La praticienne s'adresse à l'accompagnante, soit en posant une question sur la patiente ou en transmettant des informations, l'accompagnante transmet à la patiente, qui répond à l'accompagnante, celle-ci reportant ensuite les dires de la patiente à la praticienne.

Figure 14
Schématisation des interactions en présence d'une tierce personne



[63] Les extraits présentés correspondent à des extraits du carnet de terrain.

[64] Un point méthodologie se pose ici. En effet, si la barrière de la langue en consultation était parfois évidente, pour d'autres fois moins. Je me suis ainsi posé le critère suivant : absence de difficultés à l'expression, compréhension en français observées et/ou verbalisés par les patientes.

À ce chemin de communication classique, il s'y articule des moments plus spécifiques comme des interactions, parfois assez prolongées, entre l'accompagnante et la patiente, dont la praticienne (ou moi-même), ne comprenait pas les discours. D'autres fois, l'accompagnante répondait à la praticienne sans s'adresser à la patiente.

> *La patiente consulte pour un désir d'enfant, elle ne parle pas français (Moldavie) et est accompagnée d'une « copine ». Nawel Bouzid procède aux questions concernant la patiente puis les questions pour le mari. La patiente ne parlant pas français, c'est sa copine qui répond à sa place. Elles semblent se connaitre assez, en tout cas suffisamment pour que parfois la copine réponde sans concerter la patiente. Généralement, Nawel Bouzid pose la question, la copine reprend en un mot ou deux, la patiente répond. La praticienne demande également la fréquence des rapports avec la formulation « et les rapports ? ». Il y a un petit temps d'incompréhension. La copine comprend et demande à la patiente. La patiente rougit, la copine rit, gênée par la question. Nawel poursuit sur la fréquence des rapports « un jour oui, un jour non » ou plus long, toutes les 2/3 semaines ? La copine commence à répondre pour la patiente. Nawel recentre sur la patiente en disant « elle saura mieux que vous (rire) ». (CPEF du centre-ville – 07/03/2021)*

Plus tard dans la consultation, lorsque Nawel a demandé l'accord à la patiente pour réaliser l'EG et l'accord à ma présence, c'est l'accompagnatrice qui a donné l'accord de la patiente sans la consulter. Enfin, dans ces situations, les praticiennes tentent parfois de s'assurer que les patientes ont compris les informations transmises, en ponctuant leurs explications par « *elle a compris ?* ».

Deuxièmement il est des situations où les patientes viennent seules. Dans ces cas, si la patiente et la praticienne maîtrisent suffisamment l'anglais, les consultations pouvaient se dérouler en anglais, parfois un peu approximatif[65]. Pour d'autres, les patientes avaient une légère maîtrise de la langue française permettant un minimum d'échange et de compréhension.

Enfin, il est des situations où la patiente et la praticienne n'ont pas de langage commun, les échanges se faisant au travers de l'utilisation de mots simples, de schéma ou par les gestuelles. Il en est des situations complexes pour les professionnelles ne pouvant s'assurer de la bonne compréhension des patientes, mais

[65] Les praticiennes m'ont parfois sollicité pour les aider à traduire ou comprendre ce qui était dit par la patiente.

aussi pour les patientes qui ne pouvaient comprendre les explications et informations transmises.

In fine, l'ensemble des caractéristiques des consultations présenté permet de mettre en avant que celles-ci diffèrent selon la position des femmes dans l'espace social. En effet, un gradient social en fonction des terrains de recherche a notamment été constaté. Cette position sociale se révèle comme condition des soins auxquelles les patientes ont accès, comme le fait d'avoir un suivi avec une même professionnelle ou encore les conditions matérielles de prise en charge. Par ailleurs, il semble également que cette position sociale influence le type de suivi (*e.g.*, consulter quand nécessité ou consulter par prévention), puisque consulter dans une visée de prévention en matière de santé semblent être davantage associés à des femmes situées en haut de la hiérarchie sociale.

6.3.2 Rapport à la norme préventive en consultation gynécologique

Pour cette partie, notre attention se porte sur la façon dont s'exprime le rapport à la norme préventive des professionnelles et des patientes en consultation gynécologique autour de quatre axes: les modalités de réalisation, ou non, d'EG, le dépistage du CCU, le suivi gynécologique, et les autres dépistages.

6.3.2.1 Les modalités de réalisation, ou non, d'examen gynécologique

Sur les 112 consultations observées, la réalisation d'examens génitaux occurrent dans 66.96% des consultations. Il est à rappeler que les recommandations quant à la réalisation d'examen pelvien sont récentes (Deffieux et al., 2023), notamment pour les patientes non enceintes, à jour ou hors recommandations pour le dépistage du CCU et ne présentant pas de symptôme. Pour autant, un consensus médical (et social) paraît prégnant sur l'intérêt d'un examen pelvien annuel dans une logique préventive en matière de santé des femmes. Au regard des données présentées, pour 33.04% des consultations il n'y a pas d'examen génital proposé ou réalisé, laissant de prime abord supposer que la réalisation d'EG ne se fait pas de façon si systématique.

Quatre configurations principales de cette non-réalisation d'examen semblent

émerger de l'analyse des consultations sans examen génital. Il est tout d'abord des situations où la praticienne ne propose pas d'examen, ou indique qu'elle ne le fera pas. Dans cette première configuration, si l'EG n'est pas réalisé, c'est qu'il l'a été récemment, généralement dans une période inférieure à un an, ou bien qu'il le sera (très) prochainement.

> *Natacha Greco demande à la patiente si en décembre quand elle a fait le frottis elle a fait l'examen du bas et des seins. La patiente acquiesce. La praticienne lui dit qu'elle ne va pas « l'embêter » alors aujourd'hui. (SGO – 31/05/2022)*
> *Sofia Royer regarde le dossier informatisé sur son écran d'ordinateur. Elle indique à la patiente « on va pas refaire l'examen, on va pas regardé en bas car on l'a fait en février ». (Centre de santé – 16/06/2022)*
> *La praticienne dit qu'elle hésite à regarder en bas pour voir les condylomes dans la mesure où la médecin va vouloir regarder par elle-même après. Il y a un petit moment de flottement. Sofia Royer revient sur l'examen : pour le bas, la médecin va vouloir regarder, et précise qu'elle va peut-être pas regarder. La patiente confirme qu'effectivement, elle préfère. Sofia poursuit « théoriquement je dois vous examiner les seins ». La patiente répond ok. Après la consultation Sofia Royer me parle du fait qu'elle n'a pas examiné la patiente précédente « moi j'aurais pas aimé qu'on me le fasse » dans la mesure où elle va être examiné par la médecin après. (Centre de santé – 06/05/2021)*

Par ailleurs, l'absence d'examen génital ne signifie pas l'absence total d'examen puisque dans certains cas, d'autres examens sont réalisés comme la palpation des seins ou la prise de tension. Ici les patientes semblent alors s'inscrire dans la norme gynécologique, dans le sens où elles ont déjà un suivi régulier avec la praticienne en question, ou avec un·e autre professionnel·le.

Une deuxième configuration renvoie à l'absence de proposition d'examen du fait du motif de consultation. Ce sont plus précisément pour la contraception et les poses et retraits d'implant qui nécessitent un geste technique particulier, et/ou les consultations de suivi d'IVG.

Une troisième configuration correspond à l'impossibilité de réaliser l'examen malgré la volonté des professionnelles et/ou de la patiente. Cette impossibilité peut être due à des contraintes externes comme la présence d'enfant(s) en bas-âge(s), observée à une occasion. Il était aussi des situations où l'activité sexuelle de la

patiente rendait impossible la pose de DIU.

> *Après l'interrogatoire, elles passent à la pose du DIU. L'interne se lève pour déplier le paravent. Chloé Pastel lui dit qu'elle peut se mettre derrière pour se déshabiller et qu'elle peut enlever juste le bas. Elle indique également que comme on a convenu, je vais me déplacer pour ne pas voir l'examen. La patiente se lève et se dirige derrière le paravent pour se déshabiller. Chloé lui demande alors si elle a eu des rapports récemment. La patiente répond « récemment ? Non, y a une semaine. » La praticienne demande si c'était des rapports protégés. La patiente répond « non ». Tout le monde se rassoit à sa place. Elle lui demande « vous avez vos règles ? » La patiente répond confuse « je suis perdue ... » au niveau de ces cycles menstruelles, qu'elle a des dérèglements de cycle et explique plus en détails comment ça se passe. L'interne la coupe, et précise qu'il y a un risque de grossesse. Chloé explique que s'il y a un risque de grossesse, elle ne peut pas lui poser le DIU. (CGS - 20/09/2021)*

Face à l'impossibilité de réaliser l'examen, les praticiennes proposent généralement de reprendre un rendez-vous pour réaliser l'examen prochainement.

Enfin, il est six consultations où la praticienne propose un examen mais la patiente refuse. Nous y reviendrons dans la section 6.3.4.2 Sur le consentement. Il est à noter que quatre patientes avaient d'ores et déjà un suivi régulier, dont un examen récent, avec un·e autre professionnel·le.

Concernant les consultations où des examens génitaux sont réalisés, ils sont majoritairement motivés par les recommandations médicales comme la présence de symptômes, le dépistage du CCU, ou encore pour la pose ou le retrait de DIU. Dans une moindre mesure, il est question pour sept consultations de l'examen « de routine », c'est-à-dire que la patiente est à jour sur les dépistages et ne présente pas de symptômes particuliers. Dans ces situations, l'examen est réalisé dans le cadre de consultation de suivi à l'initiative des patientes. Ces dernières présentent une certaine position sociale puisqu'elles correspondent majoritairement aux patientes consultant en cabinet libéral. Il s'agit également de quelques patientes consultant dans d'autres lieux car elles sont en recherche d'une nouvelle professionnelle de la gynécologie pour leur suivi régulier (*e.g.*, départ à la retraite de leur ancienne gynécologue). En cela, ces dernières semblent s'inscrire et avoir intériorisé la norme gynécologique, que ce soit sur son volet contraceptif ou de prévention des maladies.

Finalement, si pour un tiers des consultations il n'y a pas d'examen génital, c'est que celui-ci a été récemment réalisé ou le sera très prochainement. La norme préventive sur laquelle repose le suivi gynécologique s'exprime ainsi en consultation au travers de la régularité des examens, supposant une surveillance et un contrôle annuel des parties génitales des femmes.

6.3.2.2 Le dépistage du cancer du col de l'utérus : le dire, le faire, le suivre

Compris dans l'examen génital, nous nous arrêterons plus spécifiquement ici sur le dépistage du CCU. Nous avons évoqué précédemment que le dépistage du CCU était rarement le motif de consultation (8.03 % des consultations observées). Pour autant celui-ci a été réalisé dans 29.46% des consultations[66] et/ou mentionné dans 68.75% consultations[67].

6.3.2.2.1 Les modalités de réalisation du dépistage du CCU

Le premier cas de figure, et le moins fréquent, correspond aux patientes qui consultent pour le dépistage du CCU. Elles sont ici à l'origine de la réalisation du dépistage et le mentionnent d'elles-mêmes lorsque la praticienne questionne le motif de consultation.

> *Jeanne Bresson s'installe en face de la patiente et se présente. Elle demande à la patiente « on se voit pourquoi aujourd'hui ? ». La patiente explique que c'est « pour un frottis, ça fait longtemps » le dernier était en 2019. (CPEF du quartier – 14/01/2022)*
> *Sofia Boyer : « Dis-moi pourquoi tu es là aujourd'hui ? »*
> *La patiente : « La sécu m'a envoyé un message pour le cancer du col de l'utérus ».*
> *Sofia Boyer, étonnée : « Mais je l'ai fait pendant la grossesse ! ».*
> *Il y a des rires. Elle indique à la patiente qu'elle cherche son résultat du frottis et commente « tu vas voir que le tien je l'ai pas ». Elle cherche mais ne trouve pas. (…) La praticienne retrouve sur le dossier de la patiente, elle avait marqué de faire le test HPV en post partum « le gynéco l'a pas fait, je l'avais marqué, en rouge ! ». Elles feront le frottis lors de l'examen. (Centre de santé – 05/04/2022)*

Pour cette dernière, il est question du dépistage organisé. Pour les autres, il semble que ce soit du dépistage spontané individuel puisqu'aucune d'entre elle n'a

[66] Avec n = 3 données manquantes (2.67%)
[67] Avec n = 12 données manquantes (10.71%)

mentionné avoir reçu une lettre d'invitation mais mobilisaient plutôt la date du dernier frottis réalisé. Par ailleurs, certaines patientes présentaient des antécédents en matière de santé (*e.g.*, hypertension, anévrisme cérébral) pouvant accentuer leur inscription dans la norme préventive. *In fine*, ces quelques patientes témoignent d'une intériorisation de la norme préventive par la réalisation de dépistage du CCU régulier.

Le deuxième cas de figure le plus fréquemment observé renvoie à l'investigation de la part des professionnelles de la « *date du dernier frottis* ». En cela, le dépistage du CCU dans ces différents contextes de prise en charge paraît reposer sur la proposition de dépistage spontané par les professionnelles de la gynécologie. Une fois la date du dernier frottis demandé, deux possibilités se dessinent : soit il est à jour, soit le frottis est à refaire.

> *Stéphanie Bard lui demande la date de son dernier frottis. La patiente interroge « frottis ? », elle ne semble pas savoir ce que c'est. La praticienne répond « oui le dépistage du cancer du col de l'utérus ». Elle cherche à savoir quand est-ce la dernière fois qu'elle a vu un gynécologue. La patiente lui répond que c'était pendant la grossesse. Stéphanie indique « ok donc on va faire le test HPV ». (CPEF du centre-ville – 01/02/2021)*

> *Sofia Royer se lève pour aller chercher le tensiomètre et dit « vous connaissez le frottis ? le dépistage du cancer du col de l'utérus ? » la patiente répond « oui oui, je l'avais fait. Peut-être qu'il faut que je le refasse d'ailleurs ». (…) La praticienne lui demande si elle se rappelle de quand date le dernier frottis. La patiente indique que c'était ici, avec une autre professionnelle. Sofia cherche alors la date du dernier frottis sur le dossier informatisé. C'était en 2019. Elle indique « Je peux vous le faire aujourd'hui si vous voulez ». La patiente répond « ouais ouais ouais, c'est bon, comme ça au moins je suis à jour ». (Centre de santé – 05/04/2022)*

Lorsque le frottis est à refaire, il est alors réalisé lors de l'EG[68]. Par ailleurs, que le frottis soit à jour, à refaire, mais aussi pour quelques consultations où la patiente avait moins de 25 ans[69], il s'agit d'informer les patientes quant aux recommandations sur l'âge et la fréquence de réalisation du dépistage du CCU, en précisant la date du

[68] Concernant les pratiques liées à la réalisation du dépistage du CCU, nous y reviendrons dans la section 6.3.4 Les pratiques liées à l' puisque la réalisation de frottis s'intègre dans l'EG.

[69] Dans quelque cas, il est possible que les praticiennes aient évoquées le dépistage alors que la patiente n'était pas dans les recommandations du fait de ma présence. À titre d'exemple, Nawel Bouzid m'a indiqué avant une consultation ne pas poser toutes les questions, ni mentionner le frottis avec la prochaine patiente car elles s'étaient déjà vues récemment puis m'a demandé « c'est ok ? ». J'ai pris cette occasion pour resituer la démarche de l'étude en précisant de mener ses consultations « normalement ».

prochain dépistage. En cela, pour les patientes entre 25 et 65 ans, ces indications auraient pour fonction de maintenir le suivi.

> *L'interne demande la date du dernier frottis. La patiente précise que c'était en 2019. Elle demande tous les combien de temps ? Natacha Greco explique qu'elle doit faire le prochain en 2022 et qu'après ce sera tous les 5 ans. (CGS – 18/10/2021)*
> *Anna Dembri mentionne le dépistage du CCU, qu'elles l'avaient fait en 2020 et qu'il était négatif. « Les recommandations sont tous les 5 ans maintenant » puis « Je le note dans votre dossier (prochaine date). ». (Cabinet libéral – 30/06/2022)*

Pour celles ayant moins de 25 ans, ces indications peuvent être une façon de les initier au suivi gynécologique en signifiant l'importance de consulter à partir de 25 ans dans une visée de prévention. Pour exemple, une patiente venant en consultation accompagnée de sa nièce :

> *Sofia Royer se tourne vers la nièce « vous avez quel âge vous si c'est pas indiscret ? ». La nièce indique « 19 ans ». La praticienne lui parle de la prévention du cancer du col et des seins, en précisant que c'est à partir de 25 ans pour le cancer du col. Elle lui donne des prospectus sur les dépistages. (Centre de santé – 10/05/2022)*

Ces éléments évoqués expliquent alors la différence observée entre la fréquence de réalisation de frottis et la fréquence de mention du frottis en consultation.

De façon singulière, il est deux consultations observées où les patientes étaient dans les recommandations pour le dépistage du CCU mais celui-ci n'a pas été réalisé. Pour la première, il s'agit d'une consultation pour certification de mutilation génitale au CPEF du centre-ville. La deuxième patiente consultait au CGS pour une pose de DIU. Si les deux contextes de consultation semblent différents à plusieurs égards, il est un point commun entre ces deux situations : la charge socio-affective de la consultation.

> *Après la consultation pour le certificat de mutilation génitale, Nawel Bouzid et moi-même échangeons à ce sujet. Je suis toujours sur le tabouret derrière elle et elle sur sa chaise de bureau. Elle se tourne vers moi et me dit « je suis comme ça » en me montrant sa main qui tremble. Elle m'explique qu'elle a pris un risque vis-à-vis du certificat car la zone cicatricielle était toute petite. Pour elle il y a bien quelque chose mais que c'était minime et difficile à voir. Je m'installe en face d'elle et elle poursuit en m'indiquant qu'elle a la « certification facile », que dans ces cas c'est difficile car « bah il y a le récit de la patiente, qui dit que ça s'est passé, et j'observe quand même un petit truc. », elle a donc fait le certificat. Nawel Bouzid m'explique également ne pas avoir fait de frottis car d'expérience,*

elle préfère séparer les temps puisque les patientes consultant pour les certificats de mutilation « ne pensent qu'à ça ». Ces consultations ne sont donc pas propices pour les discussions habituelles. D'ailleurs, elle me demandera si j'ai remarqué l'enjeu pour la patiente, comment elle fixait le certificat ou encore comment elle n'a pas répondu lorsqu'elle lui a demandé si l'examen était douloureux. Elle interprète ces comportements comme l'expression d'un stress important quant à l'obtention du certificat avec la peur de donner une « mauvaise réponse » Elle me dira que pour la patiente « c'était un examen, pas au sens examen clinique mais un examen (évaluation) ». (CPEF du centre-ville – 07/03/2021)

Après avoir terminé l'examen et la pose du DIU, Carla Moreau demande la date du dernier frottis. C'était il y a 5 ans. S'adressant à elle-même, elle marmonne « ah mince », si elle avait su elle l'aurait fait aujourd'hui. Elle indique à la patiente qu'elles le feront la prochaine fois. (CGS – 10/01/2022)

Pour cette dernière, cet « oubli » peut s'expliquer par l'enjeu que représentait la pose du DIU. En effet, cette consultation s'est effectuée après deux consultations pour lesquelles les praticiennes n'ont pu donner accès au choix contraceptif des patientes, générant un potentiel sentiment d'échec. Avant la consultation, les deux praticiennes ont regardé le dossier de la patiente et ont exprimé leur enthousiasme car *apriori* « *toutes les conditions sont réunies* » pour qu'elles puissent poser le DIU.

Le contexte de prise en charge, et par là la patientèle, paraît également saillant dans le rapport à la norme préventive des patientes. En cabinet libéral, il a notamment été observé l'expression d'inquiétude d'une patiente quant au délai de dépistage, estimé trop long.

Pendant ce temps, elles discutent sur le prochain examen, la patiente demande pour le prochain examen, quand le faire. Anna Dembri indique que pour le dépistage du cancer du col c'est dans 5 ans. La patiente commente « 5 ans, ça fait beaucoup ! il peut se passer plein de choses ». La praticienne la rassure, « ils savent ce qu'ils font », et fournit des explications détaillées sur pourquoi le prochain test est dans 5 ans et pas avant en mobilisation des justifications scientifiques et médicales. La patiente demande « c'est possible de le payer par nous même pour le faire avant ? ». La praticienne explique que ça ne sert à rien de le faire avant 5 ans. Elle précise « toutes les femmes me le disent ! » (Que ça fait long 5 ans pour examen de dépistage). La patiente « on joue un peu au loto là quand même ? ». Anna la rassure. (Cabinet libéral – 24/06/2022)

Pour la professionnelle, indiquer et expliquer les recommandations semblent ici viser l'évitement d'un sur-dépistage de la patiente.

Enfin, il est des consultations où le dépistage du CCU n'est ni mentionné, ni

réalisé (20.54%). Il s'agit principalement de patientes ayant moins de 25 ans ou de patientes en suivi régulier avec la praticienne, pour qui elles ont donc connaissance du dossier et sont à jour sur le dépistage.

6.3.2.2.2 La transmission et la gestion des résultats

Pour la transmission des résultats, les patientes sont généralement informées après la réalisation du test que si celui-ci est négatif elles ne seront pas contactées et s'il est positif, elles recevront un appel téléphonique d'ici un mois. À d'autres occasions, si la praticienne a les résultats du test HPV de la patiente, elle lui transmet directement en consultation.

> *La patiente consulte pour le dépistage organisé du CCU. Après la réalisation de l'EG et du test HPV, Sofia Royer prépare les papiers et l'échantillon du prélèvement à transmettre au laboratoire d'analyse. La patiente demande « ça c'est pour le cancer du col ? » La praticienne confirme et poursuit « je te réexplique plus tard, sinon tu vas t'embrouiller, quand tu reviendras chercher les résultats », puis « t'as pas de questions ? » (Centre de santé – 05/04/2022)*

Dans cet extrait, la praticienne paraît faire preuve d'infantilisation envers la patiente, partant du présupposé qu'elle ne pourra comprendre le dépistage du CCU, alors même que celle-ci consulte pour ce motif. En l'occurrence, il est question d'une patiente migrante qui ne maitrisait pas totalement la langue française. Par ailleurs, cela laisse supposer que les explications du dépistage du CCU peuvent être perçues par les professionnelles comme complexes à transmettre aux patientes, d'autant plus quand il y a des difficultés liées à la barrière de la langue.

Enfin, c'est plus particulièrement la gestion de test HPV positif qui s'avère source d'enjeu pour les patientes et les professionnelles. Au cours d'un échange avec Nawel Bouzid, elle m'a exprimé ne pas « *aimer le téléphone. Je préfère en face à face pour bien expliquer* » lorsque le résultat du test HPV ou de l'examen cytologique est positif. À cet égard, en termes de pratiques professionnelles, outre indiquer les recommandations pour la réalisation du prochain test HPV ou d'orienter les patientes pour une colposcopie, l'enjeu est aussi de rassurer les patientes.

> *Nawel Bouzid rassure la patiente. Elle lui réexplique les différents examens qu'elle a fait et pourquoi il faut aujourd'hui refaire un frottis. Elle lui dit donc que le test HPV permet de détecter le papillomavirus mais que tout le monde peut l'avoir, que c'est pas forcément grave, que les hommes l'ont.*

La patiente répond « oui même petit garçon ». (CPEF du centre-ville – 19/04/2021)
Natacha Greco demande à la patiente « vous aviez fait un examen ? le frottis ? ». La patiente répond « oui ». Puis « si c'est normal, pourquoi je dois le refaire ? je comprends pas ! » (Énervée). La praticienne indique que « c'est juste un contrôle » et explique qu'elle a le papillomavirus et rassure la patiente « c'est hyper fréquent ». Elle fournit quelques explications sur le papillomavirus, son lien avec le cancer du col en répétant que c'est hyper fréquent, qu'il ne faut pas s'inquiéter. La patiente demande « c'est quoi le papillomavirus ? ». Natacha la rassure, et explique en insistant que ce n'est « rien de grave ». (SGO – 24/05/2022)

6.3.2.3 S'assurer et maintenir le suivi gynécologique

Le rapport à la norme préventive en consultation gynécologique s'exprime également au travers du rapport au suivi gynécologique et des pratiques associées. Du côté des professionnelles, il est question de s'assurer et de maintenir le suivi gynécologique des patientes. Premièrement, certaines professionnelles investiguent directement le suivi gynécologique des patientes en le questionnant (*e.g.*, date de la dernière consultation ou du dernier EG). Deuxièmement, comme évoqué précédemment sur les indications des recommandations quant à la fréquence du dépistage du CCU, il s'agit également d'informer les femmes sur la fréquence de recours à la consultation en gynécologique.

Sofia Royer explique ensuite qu'il faut venir régulièrement pour le suivi gynécologique, que c'est de la prévention, qu'il faut venir une fois par an. La patiente parle mais je ne comprends pas trop, il semble qu'il y ait un enjeu autour de la honte. La praticienne lui dira qu'il ne faut pas avoir honte et passer la honte (rires des 2). Elle exprime qu'il faut se forcer un peu mais que c'est important. La patiente dit que c'est sa fille qui l'a incité à venir aujourd'hui, qu'il fallait qu'elle soit « courageuse ». (Centre de santé – 19/09/2021)

La patiente : « Ça fait presque 15 ans que je suis pas allée chez le gynéco ! c'est finit les enfants, on arrête tout ! (rire) ».
Natacha Greco : « Ah oui mais faut qu'on se voie tous les ans ! ».
(SGO – 08/03/2022)

Après avoir réalisé l'EG et le dépistage du CCU, Natacha Greco indique : « donc, suivi annuel, si le test est normal, vous êtes tranquille pendant 3 ans ».
La patiente s'exclame : « Ah ! »
Natacha : « Oui, généralement, les patientes sont contentes. Mais ça veut pas dire qu'on vous voit pas tous les ans ! ».

La patiente, déçue : « Ah oui »
Natacha : « Et non ! »
La patiente : « Ah c'est pas pareil ».
(SGO – 30/05/2022)

Par ailleurs, ces trois extraits attestent d'une part de la réticence des patientes à la consultation gynécologique et l'EG. D'autre part, que le suivi obstétrical peut parfois être la condition au suivi gynécologique des patientes.

Troisièmement, au-delà d'informer les patientes, il est aussi question de reprendre des rendez-vous avec elle-même ou d'autres praticiennes. Pour certaines patientes, s'assurer de leur rendez-vous s'est s'effectué par la prise de rendez-vous durant la consultation, parfois sans demander les disponibilités aux patientes. C'est notamment auprès de patientèle précaire que cela a été observée. Bien que traduisant une possible volonté d'aider les patientes dans leur démarche de soins et de les rattacher aux systèmes de santé, les rendez-vous se trouvent parfois imposés puisque ceux-ci sont programmés sans tenir compte des disponibilités des patientes, partant du présupposé qu'elles sont disponibles.

Sofia Royer appelle le secrétariat de l'hôpital pour prendre rendez-vous pour la patiente. Le téléphone est sur haut-parleur. L'interlocutrice et Sofia se connaissent, elles se demandent si « ça va ? ». La praticienne dit qu'elle aimerait prendre un rendez-vous pour une dame avec une gynécologue. L'interlocutrice propose une date et une heure. Sofia regarde à peine la patiente et confirme le rendez-vous. L'interlocutrice demande ensuite le nom, prénom et numéro de téléphone de la patiente, que Sofia lui transmet. Elle raccroche et note le rendez-vous de la patiente sur une carte en commentant « c'est bien, c'est rapide ». (Centre de santé – 19/09/2021)

Enfin, une particularité a été observée en cabinet libéral, puisqu'ici ce sont les patientes qui sont à l'initiative de la reprise de rendez-vous avec la professionnelle.

La patiente : « Pour moi, je peux prendre rendez-vous pour juin ? »
Anna Dembri : « C'est un peu tôt pour juin mais faites-le en septembre/octobre. »
La patiente : « Ok d'accord. »
(Cabinet libéral - 24/06/2022)

La patiente : « Je peux pas prendre rendez-vous tout de suite ? »
Anna Dembri : « Non, vous pouvez appeler début 2023 et ça ira. »
(Cabinet libéral - 30/06/2022)

D'une part, ces extraits peuvent illustrer la problématique de la prise de rendez-vous en libéral compte tenu des délais de consultation. D'autre part, au regard des

éléments précédemment évoqués, cela souligne à nouveau le rapport socialement différencié à la norme préventive qui est observé.

6.3.2.4 Les autres dépistages

À l'examen de routine et au dépistage du CCU, la norme préventive s'exprime en consultation gynécologique également au travers du suivi d'autres dépistages comme le cancer du sein, voire le cancer du côlon.

> *Au cours d'un échange au sujet des examens de prévention, la patiente raconte que du moment où elle a eu 50 ans, elle a reçu pleins de prospectus pour faire des examens, notamment les dépistages des cancers du sein et du colon. En riant, elle s'exclame alors « j'ai eu l'impression que le jour de mes 50 ans j'étais malade partout ! ». (Cabinet libéral – 30/06/2022)*

La norme préventive peut être alors génératrice d'inquiétude pour les femmes, notamment au regard de l'âge. Par le dépistage du CCU, le corps des femmes devient un corps potentiellement malade, phénomène qui parait s'accentuer avec l'âge, notamment à partir de 50 ans. En plus de ne plus être en âge de procréer, le corps des femmes et certains de leurs organes sont et deviennent à surveiller puisque étant le lieu de maladie potentielle. En cela, certaines professionnelles appuient particulièrement sur la réalisation de l'auto-palpation des seins à tout âge, incitant donc les femmes à surveiller leur poitrine régulièrement chez elles.

> *Pendant la palpation des seins, Sofia Royer lui explique ce qu'elle fait et lui indique de faire pareil chez elle « pas tous les jours mais de temps en temps sous la douche », de refaire les gestes qu'elle fait et de chercher s'il y a des « petites boules » ou des douleurs. Elle lui dit « ça s'appelle de la prévention ». (Centre de santé – 18/02/2021)*

6.3.3 Les savoirs mobilisés : qui parle de quoi, avec qui et dans quel contexte ?

Dans cette section, il sera abordé les savoirs mobilisés en consultation gynécologique au regard des catégories élaborées et prises en compte dans la grille d'observation (voir Tableau 8). Pour chacune de ces catégories, l'objectif est d'en décrire les modalités d'expression de façon contextualisée, étant pour chacune guidée par le questionnement suivant : qui parle de quoi, avec qui et dans quel contexte.

Tableau 8
Occurrence des principales catégories en consultation

	Expression de jugements	Abord de la sexualité	Abord/ Dépistage des violences	Expériences médicales négatives passées	Difficultés, injustices liées à la condition sociale de femmes	Poids et corpulence
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Oui	21 (20.39)	60 (58.25)	12 (11.7)	24 (23.3)	12 (11.65)	25 (24.27)
Non	74 (71.84)	37(35.92)	86 (83.5)	73 (70.87)	79 (79.7)	73 (70.67)
Données manquantes	8 (7.77)	6 (5.83)	5 (4.9)	6 (5.83)	12 (11.65)	5 (4.85)
Total	103 (100)	103 (100)	103 (100)	103 (100)	103 (100)	103 (100)

Note. Neuf consultations ont été retirées de l'analyse car elles comportaient uniquement des données manquantes. Celles-ci correspondent principalement aux premières consultations réalisées lors de la phase d'exploration.

6.3.3.1 L'expression de jugements en consultation gynécologique

L'expression de jugements des praticiennes envers les patientes durant la consultation a été observée dans 20.39% des consultations. Que ces jugements soient positifs ou négatifs, c'est-à-dire valorisants ou dévalorisants, ils sont indicateurs de la qualité relationnelle, puisque ceux-ci peuvent traduire l'évaluation (socio-)affective des patientes et son expression par les professionnelles dans l'interaction soignante-soignée.

De l'analyse des consultations observées, la principale catégorie de jugement qui émerge en consultation porte sur le statut social de patiente, soit la « bonne » ou la « mauvaise » patiente. Les contenus nous informent plus spécifiquement sur ce que représente être une « bonne » patiente en gynécologie.

> *Sofia Royer demande à la patiente si elle a fait le vaccin HPV.*
> *La patiente : « c'est quoi ça ? ah oui j'ai eu. »*
> *La praticienne : « ah c'est bien ! c'est rare. »*
> *(Centre de santé – 05/04/2022)*

> *Sofia Royer et la patiente évoquent la mammographie que la patiente a réalisé. Celle-ci indique qu'il y a « une tumeur bégnine » La patiente explique les différents examens qu'elle a fait, les résultats et ce que lui a dit son médecin. Sofia Royer témoigne de son écoute (acquiescement, la regarde). La patiente dit qu'elle a oublié de prendre les résultats car elle doit faire des courses après. Avec un ton rieur, elle indique qu'en partant de chez elle, dans la précipitation, elle a juste pensé à prendre la liste de*

course. Nous rions. Sofia lui dit qu'il n'y a « pas de soucis, vous avez l'air de bien suivre ». (…) Sur la contraception, Sofia Royer lui demande « pas d'oubli de pilule ? ». La patiente lui dit que non, pas d'oubli. Sofia continue de remplir le dossier informatisé, et commente à voix haute « bonne observance ». (Centre de santé – 22/04/2022)

Sur son suivi gynécologique, la patiente indique « je consulte tous les ans ». Natacha Greco répond « Ah parfait, c'est très bien ! ». (SGO – 24/05/2022)

La « bonne » patiente en gynécologie semble ainsi correspondre à celle qui s'inscrit dans la norme gynécologique, soit celle qui présente une « *bonne observance* » et qui effectue un suivi gynécologique régulier et annuel. Une « bonne » observance paraît sous-tendue d'une part, par une bonne compréhension des patientes, et d'autres part, par la mise en place de comportements considérés comme adéquats en termes de santé. En cela, il est aussi quelques consultations où s'expriment des jugements quant à la « mauvaise » patiente.

La patiente consulte au centre de santé pour des informations sur l'IVG. Sofia Royer questionne la contraception par rapport à cette grossesse non désirée « C'est un oubli de pilule ? Vous avez une contraception ? ».
La patiente, avec un léger rire : « non ».
Sofia Royer : « Ah et vous faites comment ? Vous avez de la chance ? ».
La patiente : « Ouais ... et là j'ai pas eu de chance ».
Sofia Royer : « Et oui c'est sûr. Ça a des conséquences après ». Puis elle explique qu'au CGS « y vont vous parler de la contraception après (IVG) ». (Center de santé – 22/04/2022)[70]

Le jugement exprimé quant à la patiente semble ici porter une fonction culpabilisante, voire punitive, vis-vis des pratiques sexuelles à risques de la patiente. L'expression de jugements quant à la « mauvaise » patiente s'actualise parfois par la mise en place d'attitudes infantilisantes auprès des patientes.

La patiente consulte au centre de santé pour un problème de saignement au niveau gynécologique. Sofia Royer et la patiente échange sur la pilule que prend la patiente, Sofia commente « oui, c'est peut-être la pilule qui ne vous convient pas ». La patiente s'absente pour aller chercher une ordonnance dans sa voiture à transmettre à Sofia. Pendant ce temps, Sofia Royer s'adresse à moi : « j'ai l'impression qu'elle a aucun suivi ... J'ai l'impression qu'elle a pas fait ça non plus » en parlant d'une prescription. La patiente revient. La praticienne lui fournit des explications sur la pilule, que c'est 2 hormones, que c'est actif sur 21 jours et placebo sur 28 jours. La patiente ne savait pas et dit qu'elle a pris les pilules de la plaquette

[70] Il est à noter que le centre de santé n'offrait pas à ce moment la possibilité de réaliser des IVG médicamenteuse, nécessitant de réorienter les patientes vers d'autres structures comme les CGS.

« n'importe où ». Sofia indique « ah bah c'est pour ça » qu'elle a des saignements. Elle lui explique comment prendre la pilule et pourquoi. La patiente commente « ah mais ils m'ont pas expliqué ça ». Sofia lui dit que « c'est peut-être juste une mauvaise prise ». (…) Sofia revient à nouveau sur la prise de pilule. « Vous commencez n'importe où la plaquette ? » la patiente répond « non non ! » (…) Sofia Royer lui explique à nouveau et de façon appuyée comment bien prendre la pilule à l'aide d'une plaquette de démonstration « Vous commencez au jour 1, puis au jour 2, puis au jour 3 etc.» et poursuit « il faut bien respecter l'ordre ». La patiente indique que c'est ce qu'elle fait mais « ok », il est possible qu'elle se soit trompée. (Centre de santé – 05/04/2022)

Après un moment de réflexion à voix haute, et sans demander à la patiente quoi que ce soit, elle lui propose une date pour un prochain rendez-vous, à 9h puis commente « un peu plus tard qu'aujourd'hui ? car vous allez pas y arriver pour 9h ». La patiente répond « allez ». (Centre de santé – 16/06/2022)

Cette catégorie de jugement se référant au statut de patiente, quel qu'il soit, informe et appuie la position sociale de patiente, et en cela, celle de praticienne, soutenant ainsi l'asymétrie de pouvoir inhérente à la relation médicale. Par ailleurs, si l'expression de jugements est informative de la qualité relationnelle, elle est également informative de systèmes de normes, valeurs, représentations, auxquels ces évaluations socio-affectives sont référencées. En cela, plus qu'une adhésion à la norme préventive sur laquelle s'appuie le suivi gynécologie et l'EG, c'est une valorisation des patientes s'inscrivant ou ayant intériorisé cette norme qui est observée. Cette valorisation peut avoir une fonction sociale de renforcement de la norme préventive auprès des patientes.

Enfin, ces jugements exprimés sur la position sociale de patiente émergent majoritairement au centre de santé. Bien que cela puisse souligner une tendance en termes de pratiques sociales/professionnelles de l'ordre de l'individuel, le contexte de prise en charge est ici à rappeler. En effet, il est question d'un centre à destination des populations les plus défavorisées de Marseille. En gynécologie, il est axé particulièrement sur la prévention, le dépistage et la mise en place de suivi. Plus largement, cette structure se veut un lieu pour rattacher aux soins et au système de santé les personnes qui en sont le plus éloignées. Ce contexte de prise en charge peut ainsi expliquer l'expression de jugements quant au statut social des patientes, dans leur versant tant valorisant que dévalorisant, sous-tendant une fonction plus large d'initier, soutenir et renforcer la mise en place d'un suivi régulier et d'une socialisation

à la prévention des maladies et en termes de santé sexuelle et reproductive.

Dans une moindre mesure, deux autres catégories de jugements exprimés en consultation émergent : sur le statut de mère (n = 2) et sur le corps (n = 2)[71].

> *La patiente est accompagnée de son enfant en bas-âge, installée dans la poussette. Sur un ton réprobateur, Sofia Royer demande à la patiente « vous lui donnez souvent le téléphone comme ça ? » La patiente répond « non », elle sait que ce n'est pas bon pour les enfants. (Centre de santé – 16/06/2022)*

> *Après l'examen des seins, Anna Dembri et la patiente échangent sur la poitrine de la patiente. La praticienne indique « pas de gravité au visuel » (je comprends que la patiente a eu recours à la chirurgie esthétique mammaire). La patiente indique « je l'avais fait quand j'avais 24 ans, 46 maintenant, et c'est toujours bien ! ». Anna Dembri commente « oui, beau résultat esthétique ». (Cabinet Libéral – 30/06/2022)*

À ces jugements exprimés dans l'interaction soignante-soignée en consultation, ils peuvent parfois émerger dans des temps hors consultation au cours d'échange avec moi-même ou d'autres professionnelles. L'émergence de ces jugements pré ou post consultation questionne notamment sur ce qui est dicible ou non, soit ce qu'il est socialement acceptable et partagé de dire sur les patientes.

> *Après la consultation, Nawel Bouzid s'exprime sur la patiente précédente, qui consultait pour un désir de grossesse. Elle me commente « elle a déjà deux enfants et le mari un, si ça avait été pour un premier, une femme nullipare, j'aurais plus insisté sur la PMA », d'autant plus au vu de la situation de la patiente, qui était en situation irrégulière (« sans papier »). Elle poursuit « Bon après je suis pas là pour juger mais … ». (CPEF du centre-ville – 18/10/2020)*

> *Après la consultation, Stéphanie Bard me fait part qu'elle « ne comprend pas » en s'exprimant sur la patiente précédente qui consultait pour un désir de grossesse. Elle me commente son incompréhension vis-à-vis de la situation précaire de ces femmes, et qui « pourtant veulent absolument des enfants ». (CPEF du centre-ville- 03/05/2021)*

Ces deux extraits renvoient aux conditions sociales de la maternité, où le devenir mère semble nécessiter un certain statut social, notamment au regard de la classe sociale qui s'articule ici à la question de la race, puisqu'il était question de patientes racisées. Le premier extrait illustre également comment les représentations

[71] Il est à noter que les jugements exprimés en référence aux poids et à la corpulence des patientes ne sont pas inclus ici (voir la section). Le corps exposé comme objet de discours (mais pas forcément de jugement) est abordé dans une section suivante.

de la patiente peuvent réguler les pratiques professionnelles, puisque « *n'insistant* » pas sur la possibilité d'orienter la patiente vers l'AMP.

6.3.3.2 Abord de la sexualité en consultation gynécologique

L'abord de la sexualité en consultation gynécologique a été observé pour 58.25% des consultations. Ont été considérées comme abord de la sexualité toutes les références directes ou indirectes à l'activité sexuelle et aux pratiques des patientes (*e.g.*, utilisation du préservatif, nombre de partenaire, douleur lors des rapports sexuels *etc.*), qu'elles proviennent des praticiennes (71.7% des consultations où la sexualité est abordée) ou des patientes (23.3%)[72].

Bien que la thématique de la sexualité paraît être un enjeu de la consultation gynécologique, elle sera brièvement abordée ici. En effet, la sexualité en consultation gynécologique a fait l'objet de différentes recherche en sociologie dans le contexte français (Guyard, 2010; Koechlin, 2022a; Ruault, 2015) ou en Suisse en psychologie de la santé (Schweizer, 2017; Schweizer et al., 2013).

Je soulignerai principalement que différents contextes d'évocations de la sexualité sont observés. Lorsqu'elle est abordée par les professionnelles, c'est dans son lien avec la contraception, les IST, la grossesse (*e.g.*, reprise des rapports en post-natal, le désir de grossesse) ou encore des problèmes au niveau gynécologique (*e.g.*, douleurs). Lorsqu'elle est évoquée par les patientes, il s'agit principalement de l'évocation de douleur lors des rapports sexuels ou en lien avec la contraception. Par ailleurs, celle-ci n'est pas forcément abordée de façon directe. Elle est souvent évoquée de façon indirecte (i.e., absence des termes « sexualité », « sexuel », *etc.*). Plus encore, si la sexualité est évoquée en consultation, elle n'est que très rarement l'objet de discussion.

> *La patiente consulte au CPEF du centre-ville pour un désir de grossesse suite à un mariage récent. Lors de l'examen, avant l'insertion du spéculum la patiente exprime son appréhension quant à la douleur de l'EG « excusez-moi, est ce que ça fait mal ? ». Stéphanie Bard répond que non, et lui demande si elle avait eu mal lors du premier examen, avant. La patiente acquiesce. Stéphanie indique qu'elle va y aller et commente « vous me dites » (pour la douleur). Elle insère le speculum, la patiente se crispe, a mal. La praticienne, avec une voix douce, lui indique de se détendre de*

[72] Avec n = 3 données manquantes (5%) sur la personne à l'origine de l'abord de la sexualité.

relâcher les muscles. Elle lui demande si elle a des douleurs pendant les rapports sexuels.
La patiente : « Oui parfois. »
Stéphanie poursuit : « À l'entrée ou dedans ? »
La patiente : « À l'entrée »
Stéphanie Bard : « Est ce que c'est sec ? »
La patiente : « Oui parfois »
Elle lui fait les prélèvements vaginaux en explicitant ce qu'elle fait. Elle sort le speculum et dit à la patiente que c'est bon. Elles ne reviendront pas sur les douleurs lors des rapports sexuels. (CPEF du centre-ville – 03/05/2021)

L'activité et les pratiques sexuelles des patientes semblent être des informations de l'ordre du médical au même titre que d'autres, permettant d'orienter les pratiques professionnelles (*e.g.*, choix contraceptifs, dépistage d'IST, *etc.*). En cela, « la consultation gynécologique socialise ainsi principalement les femmes à une vision médicale de la sexualité, qui doit être contraceptée et dont les conséquences potentielles, que ce soit en termes de grossesses non prévues ou d'IST, doivent être constamment prévenues et ponctuellement dépistées » (Koechlin, 2022a, p. 39-40). La consultation gynécologique paraît ainsi contribuer à une représentation de la sexualité féminine sous l'angle du médical et du pathologique. Qui plus est, à la prévention et au dépistage, c'est également une sexualité hétéronormée et pénétrative sous le primat de sa fonction reproductive et conjugale qui peut s'actualiser en consultation, notamment lorsque les patientes expriment un désir de grossesse.

La patiente consulte pour un désir de grossesse. Elle est serbe et comprend peu le français. Stéphanie Bard demande à la patiente si elle a des rapports réguliers « quand vous faites l'amour », « le sexe », « régulier » ? La patiente répond que non, pas trop souvent. Stéphanie réagit de façon non-verbal, laissant sous-entendre l'importance d'avoir des rapports fréquents. La patiente réagit et précise, que oui après le travail, elle est fatiguée, c'est normal, sous-entendant qu'elle ne va pas se forcer. Stéphanie lui demande combien de fois par mois. La patiente indique 4/5 fois. Stéphanie commente « Bon ça va ». (CPEF du centre-ville – 03/05/2021)

En cela, la consultation gynécologique peut être le lieu de prescription du comportements sexuels des femmes. La sexualité devient davantage une responsabilité des femmes qu'une question de plaisir, que ce soit par la nécessité de rapport régulier dans une visée de procréation ou inversement, par la nécessité d'abstinence entre une IVG et la pose d'implant ou de DIU que j'ai pu observer au CGS. Si pour ces deux, la prescription des comportements sexuels des femmes

diffère, elles reposent sur une représentation commune de la sexualité comme une sexualité hétéronormée sous le primat de la pénétration.

6.3.3.3 Le dépistage et abord des violences vécues des patientes (non liées au milieu médical)

L'abord de potentielles violences vécues des patientes a été observé pour 11.7% des consultations. Pour 10 consultations, c'est la praticienne qui questionnait le potentiel vécu de violences des patientes. Il s'agit donc principalement de pratiques professionnelles visant le dépistage des violences. Pour les deux autres consultations, une patiente a fait part d'elle-même des violences qu'elle a vécues, notamment dans leurs effets dans son rapport à la sexualité et à ses parties génitales. Pour une deuxième, la violence était le motif puisqu'il s'agissait d'une consultation pour un certificat de mutilation génitale. Nous nous intéresserons ici plus spécifiquement au dépistage des violences comme pratiques professionnelles en consultation gynécologique.

Concernant les modalités du dépistage des violences, une disparité en fonction des contextes de prise en charge est à remarquer. En effet, cette pratique n'a pas été observée au SGO et en libéral. C'est donc dans les quatre autres lieux que cette catégorie émerge, à savoir au centre de santé (n = 4), au CPEF de quartier (n = 3), au CPEF du centre-ville (n = 2) et au CGS (n = 1), soit des lieux caractérisés par davantage de précarité en termes de patientèle. Il est à noter qu'en libéral, la praticienne m'a précisé que c'est une question qu'elle peut poser lors d'une première rencontre mais ne prenant plus de nouvelle patiente, elle ne pose donc plus la question. À cet égard, cette pratique de dépistage des violences a été observée uniquement avec des patientes qui consultaient pour la première fois avec la praticienne.

Généralement, la question était posée de la sorte : « *est ce que vous avez déjà vécu des violences ?* », parfois en précisant le type de violences (*e.g.*, conjugales, familiales, abus sexuels), ou d'autres qui précisaient « *c'est une question que je pose à toutes les patientes* » pour favoriser l'expression des patientes. Pour une professionnelle, le dépistage des violences était parfois inclus dans les questions de l'interrogatoire et prenait la forme suivante :

Sofia Royer poursuit l'interrogatoire et enchaîne les questions sans regarder la patiente. Elle regarde son écran d'ordinateur et remplit le dossier informatisé. Sofia Royer demande « vous fumez ? »
La patiente : « Non »
Sofia Royer : « Pas d'alcool ? »
La patiente : « Non »
Sofia Royer, toujours le regard porté sur l'écran d'ordinateur : « Avez-vous déjà vécu des violences ? »
La patiente « Non »
(Centre de santé – 18/03/2021)

Ici, dépister les violences semble s'effectuer dans une visée d'identification des antécédents de la patiente, telle une information médicale au même titre que d'autres, comme les pratiques de consommation, l'historique gynécologique *etc*. Pour les autres, le dépistage des violences paraît davantage dépendre du contexte de la consultation. Arrêtons-nous premièrement sur un cas particulier, observé au CGS :

Nous sommes trois personnes présentes dans la salle de consultation assez exiguë : Inès Taleb, Laura Prévot, et moi-même. Inès va chercher la première patiente, qui vient pour un retrait d'implant et un frottis. La patiente est noire, porte le hijab, immigrée du Soudan et a quelques notions de français. Elles mèneront l'interrogatoire en français approximatif, s'appuyant sur google traduction pour se faire comprendre. Durant l'interrogatoire Inès demande à la patiente si elle a déjà vécu des violences. La patiente ne comprend pas. Les deux internes se regardent, rient, semblant gênées par la situation. Elle reformule, en français, « tout se passe bien à la maison ? violences verbales, gestuelles ? ». La patiente ne comprend pas. Laura intervient alors dans l'échange et « mime » alors les violences en tapant du poing dans sa main en commentant « à la maison ? ». La patiente semble interloquée et répond un « non » ferme. (…) Après la consultation, les deux internes échangent sur la patiente. Celle qui a fait l'examen dira « elle était circoncise, tu vois, ça, elle me l'a pas dit. ». (CGS – 06/07/2021)

Au cours de mes observations dans ce service, c'est la seule patiente à qui cette question a été posée. Au regard des autres consultations et des caractéristiques des patientes, cet extrait laisse penser que certaines caractéristiques sociales des patientes présupposent des antécédents de violences, comme le pays d'origine. Le fait et la façon dont le potentiel vécu de violence a été interrogé, et lorsqu'Inès nous a fait part d'un présupposé mensonge par omission de la patiente quant aux mutilations génitales qu'elle avait constaté lors de l'examen, peuvent questionner sur l'influence

de préjugés raciaux quant au dépistage des violences[73].

Deuxièmement, il est un motif de consultation qui semble saillant pour le dépistage des violences, à savoir des problèmes gynécologiques en rapport à la sexualité comme des douleurs lors des rapports sexuels ou des symptômes gynécologiques laissant supposer une mycose ou sans explication d'ordre médical *apriori*.

> *Nawel Bouzid revient sur le motif de la consultation, à savoir des douleurs lors des rapports sexuels, et demande des informations à la patiente sur les rapports. Elle lui demande si les douleurs sont venues qu'avec les deux derniers partenaires. La patiente répond oui. La praticienne demande si c'est peut-être « l'attitude des partenaires ? », s'il n'y pas un « contexte de violence ? ». La patiente répond non, ce n'est « pas le problème des partenaires ». Elle explique qu'avant elle n'avait jamais eu douleur comme ça, que c'est seulement avec ces deux derniers. La praticienne pose des questions, notamment est ce que c'est « positionnel » pour les douleurs ou non. (CPEF du centre-ville – 27/09/2021)*

Néanmoins, si un lien semble être observé entre le dépistage des violences et les problèmes gynécologiques liés à la sexualité, cela ne signifie pas que dès lors que ce motif est évoqué, la question des violences est abordée.

> *Après la consultation précédente (la patiente consultait pour des douleurs pendant les rapports et une suspicion de mycose), Nawel m'explique que n'ayant rien vu d'anormal à l'examen gynécologique, elle va faire les examens nécessaires pour voir s'il s'agit d'une cause organique et éliminer la cause organique. Elle a d'ailleurs évoqué à la patiente en fin de consultation que c'était possiblement d'ordre « psy » (e.g., stress). Nawel m'explique que très souvent, ce sont des patientes qui ont vécu des violences dans l'enfance et évoque une origine psychosomatique aux symptômes des patientes. Quand elle demande à ces patientes si elles ont subi des violences, la réponse est oui. C'est quelque chose qu'elle a beaucoup observé dans sa pratique. Elle poursuit en m'indiquant que selon comment elle se sent avec la patiente, elle pose la question. En l'occurrence, pour la patiente précédente elle ne s'est pas sentie. Elle a parfois redirigé les patientes vers un autre gynécologue car elle ne se sentait pas de demander. Elle me dira par ailleurs que la question des violences elles doivent la poser lors des suivis de grossesse et que parfois ça choque les patientes. (CPEF du centre-ville – 11/01/2021)*

Il est ainsi considéré une forme de lien entre les violences, notamment durant

[73] Ces préjugés ont été corroborés lors de la réalisation de l'examen face à l'expression de douleur de la patiente et l'ignorance des praticiennes à son égard, mais nous y reviendrons dans la section 6.3.4.4.3 Des variabilités dans la gestion de la douleur ?

l'enfance, et certains symptômes gynécologiques, traduisant une vision psychosomatique de ces derniers. Par ailleurs, cet extrait atteste de la difficulté que peut représenter le dépistage des violences pour les praticiennes, puisque cela revient à s'exposer à des récits de violences, voire leur accompagnement, nécessitant des ressources cognitives et affectives dans l'instant de la consultation.

Sur les 10 consultations où les praticiennes ont questionné un potentiel historique de violences vécues, huit patientes ont répondu négativement.

> *Nawel Bouzid commence par faire l'interrogatoire classique (antécédents, etc.). La patiente explique tous les problèmes qu'elle rencontre : perte de libido, pilosité, etc. Elle explique qu'elle ne trouve pas ça normal de vivre ça et insiste notamment sur la perte de libido. (…) Elles échangent rapidement sur la sexualité de la patiente, celle-ci évoquant des rapports douloureux. Nawel Bouzid lui demande également si son copain l'a fait culpabiliser quant à sa perte de libido. La patiente répond oui mais qu'« il travaille dessus ». La praticienne s'excuse de poser des questions aussi personnelles. (…) Avant de réaliser l'examen, la praticienne évoque la question des violences. La patiente répond non. (CPEF du centre-ville – 16/04/2021)*

Cet extrait questionne alors sur ce qui est considéré et identifié comme relevant de violence pour les patientes. Enfin, deux patientes ont répondu par l'affirmative.

> *Jeanne Bresson, sur un ton doux et en regardant la patiente : « C'est une question que je pose à toutes les patientes, est ce que vous avez déjà vécu des abus sexuels ? »*
> *La patiente : « Oui »*
> *Jeanne Bresson : « Est ce que vous voulez en parler ? »*
> *La patiente : « Oui je peux » et raconte son vécu.*
> *Elle a été en couple avec un homme qui l'a violé quand elle avait 16/17 ans. Jeanne Bresson écoute le récit de la patiente et prend le temps pour lui donner des conseils, savoir comment elle va, si elle a du soutien. La patiente indique qu'elle a le soutien de ses parents, qu'aujourd'hui elle a mis ça de côté mais qu'elle se rend compte que c'est toujours présent. Elle exprime de la culpabilité envers son copain, qui la soutient mais « qui n'a pas demandé à vivre ça ». Jeanne lui demande si elle a déjà vu une psychologue pour l'accompagner. La patiente aimerait en voir une. Jeanne lui propose des psychologues qu'elle connait, dont elle a de bons retours et qui sont remboursés. Elles regardent ensemble les différentes adresses. Elle tente de trouver quelqu'un proche de là où habite la patiente mais celle-ci indique qu'elle est prête à se déplacer, et aussi à payer, que sa mère pourrait l'aider. La praticienne lui indique aussi des groupes de parole et recherche le nom sur internet. Elle demande également à la patiente si elle a porté plainte ou le souhaite. La patiente explique qu'elle n'a pas porté plainte et qu'elle n'en voit pas forcément l'intérêt, qu'elle n'a pas de preuve,*

et que son ex est déjà assez perturbé comme ça. La praticienne acquiesce, « je comprends », et lui indique qu'elle a jusqu'à tel âge si elle veut porter plainte. (CPEF de quartier - 01/04/2022)

Pour les praticiennes, dépister les violences peut nécessiter d'avoir des ressources cognitives et affectives en termes d'écoute au moment de la consultation mais aussi des ressources concrètes pour orienter les patientes vers un accompagnement psychologique si elles en expriment le besoin. Du côté des patientes, au-delà de considérer et d'identifier son vécu comme relevant de violence, l'ensemble des éléments évoqués soulignent qu'il est également question de pouvoir dire les violences dans l'espace de la consultation gynécologique, questionnant alors le climat relationnel entre praticienne et patiente.

6.3.3.4 « C'est dur d'être une femme, la vérité ! »

L'observation des consultations et leurs analyses ont permis de mettre en avant l'expression en consultation de discours quant à la condition sociale de femmes et des expériences vécues associées. Ces discours s'articulent principalement autour de l'abord d'expériences négatives passées liées au milieu médical et l'abord de difficultés, inégalités et injustices liées à la condition sociale de femme.

6.3.3.4.1 Abord d'expériences négatives liées au milieu médical

L'abord d'expériences négatives liées au milieu médical par les patientes a été observé dans 23.3% des consultations. Concernant les modalités d'expression, l'analyse des observations au regard des données statistiques descriptives ne révèlent aucune tendance particulière que ce soit sur les caractéristiques des consultations, les caractéristiques socio-démographiques des patientes ou celles des professionnelles. Autrement dit, les patientes, quelle qu'elles soient, semblent exprimer et partager des expériences passées négatives liées au milieu médical dans n'importe quel contexte de prise en charge (*e.g.*, selon les lieux, en suivi ou première rencontre).

Concernant le contenu, il s'agit premièrement d'expériences liées au suivi gynécologique et à l'EG (n = 12), comme des examens douloureux, des frottis réalisés sans explication et avant l'âge recommandé, la présence d'internes sans accord ou présentation, ou encore, les difficultés d'avoir un suivi gynécologique.

Je suis aujourd'hui les consultations avec Stéphanie Bard. Elle va chercher la prochaine patiente. Lorsque je lui demande son accord à ma présence,

la patiente m'interpelle « en fait vous voulez des expériences gynécologiques ? ». Je lui réponds « oui par exemple ». Elle répond « bah ce que je peux vous dire : examen gynéco à l'hôpital, nue devant pleins d'internes, pas de consentement ». Elle s'assoit et dit « voilà, j'ai plus rien à dire ». Elle accepte que je reste présente excepter pour l'examen. La consultation commence. (CPEF du centre-ville – 04/01/2021)

En regardant les documents transmis par la patiente, Jeanne Bresson s'étonne d'y voir les résultats d'un frottis : « ah un frottis ?? ». La patiente réagit avec un rire ironique « frottis surprise ! ». Elle raconte sa consultation avec ce gynécologue qui s'est mal passée. Elle relate qu'il ne lui a rien expliqué, et une fois à l'examen, il en a profité pour lui faire un frottis. Elle explique que depuis ça, « ça a tout coupé » et elle s'est auto-soignée. (CPEF de quartier – 10/09/2021)

La patiente fait part d'une expérience passée avec une gynécologue qui lui a fait une échographie endovaginale et qui était au courant des rapports sexuels douloureux. Elle explique que la gynécologue a bougé la sonde une fois insérée en disant « et là ça fait mal ? ». La patiente rit. Nawel Bouzid acquiesce, et poursuit « c'est pour ça qu'on a une doctorante en psychologie sociale ! ». (CPEF du centre-ville – 27/09/2021)

La patiente explique « je n'ai jamais vu la même personne », elle a un suivi gynécologique régulier mais se plaint (gentiment) de toujours avoir une personne différente. Elle demande à Natacha Greco si elle peut faire son suivi avec elle à l'hôpital. La praticienne indique « je bouge d'ici 1 an ». La patiente poursuit « à chaque fois c'est comme ça (rire) » puis « j'aimerais avoir le même suivi ». Natacha lui indique qu'elle peut aller au CGS, que ça ira vite. La patiente relance « mais c'est vous ? ». La praticienne répond « non » et lui propose de prendre rendez-vous avec elle. La patiente exprime « je veux pas retomber sur quelqu'un d'autre. Au moins vous avez déjà le dossier avec vous ». (SGO – 24/05/2021)

Pour cette dernière, les difficultés liées au parcours gynécologique semblent particulières au contexte de prise en charge à l'hôpital puisqu'il peut y avoir un *turn-over* important des professionnel·le·s.

Deuxièmement, il est retrouvé différentes expériences liées à des grossesses passées (n = 7), comme des accouchements difficiles et douloureux (*e.g.*, péridural qui ne fonctionne pas, nécessité de faire une épisiotomie), des fausses couches ou, dans l'extrait ci-dessous, liée à une IVG.

Sofia Royer poursuit l'interrogatoire « j'ai besoin de plus de détails sur vos grossesses », demandant le nombre de grossesse dont les avortements et fausses couches. Elle demande « la première grossesse, vous aviez quel âge ? ». La patiente indique que sa première grossesse était un avortement, réalisé à 5 mois de grossesse. Sofia est étonnée qu'elle ait pu

faire un avortement à 5 mois. La patiente explique que son médecin de l'époque était d'accord pour lui faire mais raconte « il me l'a fait à vif » puis une fois l'avortement fait, il a dit à la patiente « vous venez de faire un meurtre ». Les réactions non-verbales de Sofia semblent attester de son choc face au propos reporté par la patiente et commente « désolée mais si il pensait ça, il aurait pas dû vous le faire ». (Centre de santé – 16/06/2022)

Troisièmement, il est évoqué des expériences en lien, ou non, avec la gynécologie et avec d'autres professionnel·le·s (*e.g.*, dermatologue, médecin traitant) (n = 6).

Dès le début de la consultation, la patiente évoque des expériences médicales négatives. Elle décrit à Jeanne Bresson tout son parcours et ses mauvaises expériences dues à la « grossophobie médicale », avec parfois la présence de pleurs. Tout le long la praticienne la laisse parler, l'écoute. La patiente explique qu'elle a des problèmes au niveau gynécologique (suspicion de SOPK[74]) mais qu'elle n'a jamais été vraiment prise en charge, qu'à chaque fois les professionnel·le·s rencontré·e·s l'ont renvoyée à son poids. Elle explique par exemple que lors d'une échographie abdominale pour examiner ses ovaires, la professionnelle lui a dit qu'on ne voyait rien car il y avait trop de graisse. Jeanne ne reste pas indifférente aux mauvaises expériences de la patiente, en commentant par exemple « c'est pas normal ». (CPEF de quartier – 21/05/2021).

Sur l'ensemble, les expériences relatées des patientes en consultation renvoient à des expériences de douleurs, parfois inévitables mais parfois liées aux comportements brusques des praticien·ne·s, des questions de communications et de relation avec les praticien·ne·s (*e.g.*, manque d'explications, jugements), voire à la non prise en compte de l'accord de la patiente (i.e. absence de consentement). Au-delà de l'expérience vécue en elle-même, celles-ci peuvent avoir des conséquences puisqu'entraînant pour certaines une « *peur* » des médecins et un arrêt du suivi en matière de santé. Pour certaines, consulter de nouveau représente un véritable enjeu, leur nécessitant d'être « *courageuse* ». De manière générale, les différents extraits exposés traduisent une attitude d'écoute et compréhensive des professionnelles face au expériences que relatent les patientes en consultation.

6.3.3.4.2 Abord de difficultés, inégalités, injustices liées à la condition sociale de femmes

L'abord de difficultés, inégalités ou injustices liées à la condition sociale de femmes a émergé dans 11.65% des consultations, et cela, à la fois des

[74] Syndrome des Ovaires PolyKistiques

professionnelles et des patientes.

À l'instar de l'abord d'expériences négatives passées, l'analyse des observations au regard des données statistiques descriptives ne révèlent pas de tendance particulière quant aux modalités d'expression (*e.g.*, tous les lieux, en suivi ou non, *etc.*). Nous noterons seulement que du côté des patientes, celles-ci sont toutes racisées, ont plus de 30 ans et sont célibataires, exceptée une.

Concernant le contenu, cinq thématiques semblent émerger : les relations hétérosexuelles, les difficultés liées au fait d'être mère et de travailler, les inégalités hommes-femmes en matière de santé (*e.g.*, le HPV), l'injonction à la maternité ou encore, l'expérience corporelle du corps féminin (*e.g.*, hormones, endométriose)

> *Pendant l'examen, Sofia Royer demande « vous avez pas un petit amoureux ? » La patiente indique « les hommes, j'en ai marre », que maintenant elle est indépendante et poursuit « Ils veulent tout contrôler, c'est bon, c'est fini. Ils travaillent, nous aussi, et ils ne nous respectent même pas ». (Centre de santé – 08/04/2021)*
>
> *La patiente consulte pour un contrôle du DIU. N'ayant pas ses règles, la praticienne lui fait réaliser un test urinaire de grossesse « de principe ». La patiente s'exclamera en riant « ah non … pas encore ! » (trois enfants et accouchement il y a 4/5 mois). (…) La patiente revient en salle de consultation avec le flacon pour le test de grossesse. Nawel Bouzid réalise le test. Pendant le temps d'attente, la patiente s'exprime sur « nous les femmes » et les difficultés d'être une femme « on porte l'enfant, l'accouchement, l'éducation, le travail … ». La patiente me regarde et sourit. J'acquiesce avec elle. Nawel Bouzid relance « Eh oui » et poursuit « puis il y a des contradictions entre il faut allaiter et il faut travailler sauf que rien n'est mis en place pour pouvoir conjoindre les deux ». Elles discutent autour de la situation de la patiente. Elle est seule, avec trois enfants dont la plus grande est sourde et muette. Le père a une double vie et n'est pas présent (elle se définira d'ailleurs comme mère célibataire). Elle explique qu'avec le nouveau-né ce n'est pas évident mais que le garçon du milieu, 4 ans, l'aide. Elle espère avoir bientôt une place en crèche pour pouvoir reprendre le travail. Nawel Bouzid l'informe que le test est négatif. La patiente exprime son soulagement. (CPEF du centre-ville – 19/04/2021)*
>
> *Pendant la réalisation du toucher vaginal, Anna Dembri dit à la patiente « on peut faire deux catégories de femmes » selon son expérience « celles qui veulent avoir leur règle et d'autres non ». Elle-même n'a plus ses règles et apprécie de ne pas les avoir. Elle finit le toucher vaginal et se positionne pour la palpation mammaire. Pendant qu'elle fait la palpation, elle continue à discuter avec la patiente sur les règles. Elle évoque notamment les conditions des femmes avec le temps, qu'avant les femmes avaient moins souvent leur règle car il y avait davantage grossesse et plus tôt, elle*

commente « c'est depuis 50 ans que les femmes ont autant leurs règles ! » Elle termine la palpation, les deux continuent à échanger. La praticienne commente qu'avec l'« augmentation des femmes qui ont leur règles, augmentation de l'endométriose ». (Cabinet libéral – 24/06/2022)

La patiente âgée de 32 ans et en couple depuis quelque mois consulte pour un renouvellement de pilule. Durant l'interrogatoire elle fait part de questionnement sur les enfants, que « c'est pas d'actualité » mais qu'elle y pense, qu'il va « falloir ». Jeanne Bresson lui transmet des informations « d'autres faits médicaux ». Elle lui précise notamment qu'il y a une diminution de la fertilité à 35 ans. La patiente exprime qu'une « pression sociale se fait sentir » quant au fait d'avoir un enfant. La praticienne n'a pas de réaction particulière verbale ou non-verbale. (CPEF de quartier – 01/10/2021)

Finalement, la consultation gynécologique peut être le lieu d'expression quant aux difficultés liées à la condition sociale de femmes et des expériences vécues associées, en médecine et plus largement dans la société, ou comme l'a exprimé une patiente en consultation « *c'est dur d'être une femme, la vérité !* ». Par ailleurs, les éléments évoqués paraissent communs aux femmes en tant que groupe social, voire semblent être accentués pour les patientes situées en bas de la hiérarchie sociale.

6.3.3.5 Le poids et la corpulence

Des discours liés au poids et la corpulence ont émergé dans 24.27% des consultations, de la part à la fois des patientes et des professionnelles. Outre les aspects biomédicaux comme demander le poids des patientes durant l'interrogatoire, ce sont plus particulièrement les discours liés au poids et la corpulence dans leur dimension psychosociale (*e.g.*, jugements, norme de minceur, *etc.*) sur lesquels notre intérêt se porte ici. De façon similaire aux sections précédentes, aucune tendance particulière n'est observée, que ce soit sur les caractéristiques de consultations ou les caractéristiques socio-démographiques des patientes[75].

6.3.3.5.1 Du côté des patientes

Le rapport au poids, et plus particulièrement à la grosseur, s'exprime pour les patientes en consultation au travers des choix contraceptifs, avec l'expression

[75] Du côté des professionnelles, il est tout de même à noter qu'une d'entre elle contribue amplement à cette catégorie. En effet, sur les 11 consultations observées où la personne à l'origine du discours sur le poids et la corpulence est une professionnelle, elle en représente 9 (Remarque : « à l'origine » signifie aussi que les professionnelles peuvent exprimer ce type de discours au cours de la consultation).

d'inquiétude quant aux effets secondaires de la prise d'hormone (i.e. pilule, implant et certains DIU) ou relatant d'une prise de poids effective. Cet effet secondaire peut d'ailleurs être un critère de sélection du choix contraceptif.

Vis-à-vis de la perte de poids, les discours des patientes en consultation s'articulent autour du souhait de perdre du poids, avec parfois l'expression de difficultés liées à la perte de poids malgré la mise en place de comportements alimentaires, et l'expression d'une satisfaction liée à une récente perte de poids.

> *La patiente explique qu'elle a eu une opération et qu'elle avait eu une grosse perte de poids. Elle a perdu 25kg. Jeanne Bresson demande « c'était quoi l'opération ? c'était une sleeve ? ». La patiente répond « non » et précise que c'était pour des reflux importants mais que ça fait longtemps. La patiente, enjouée, explique que depuis quatre mois elle va à la salle de sport, elle fait un régime, et qu'elle est trop contente d'avoir perdu 25kg. Jeanne lui demande si cette perte de poids était souhaitée. La patiente acquiesce, c'était fortement souhaité. (…) Le partenaire ajoute qu' « elle mange rien ». La patiente, avec une certaine fierté, dit qu'elle fait juste du sport (tous les jours je crois) et qu'elle mange équilibré : « de la salade ». Elle ajoute qu'elle fait le jeune intermittent et qu'elle est végétarienne. Elle exprime qu'elle est « trop contente » qu'elle pesait plus de 90kg et qu'elle est aujourd'hui à 70kg. (CPEF de quartier – 01/10/2021)*

Enfin, certaines expriment des difficultés liées au fait d'être grosse et/ou liées à une prise de poids récente, comme en atteste l'extrait suivant :

> *En fin de consultation, Anna Dembri demande à la patiente si elle souhaite aborder autre chose. La patiente indique « en ce moment je grossis, mais la vie est compliquée » (à noter que la corpulence de la patiente semble correspondre à la norme de minceur). Anna Dembri demande quel poids elle fait et quel est son poids de forme. La patiente pense avoir pris 2 ou 3 kg. La praticienne lui propose de se peser pour voir car « des fois les patientes elles pensent qu'elles ont pris … » alors que non. La patiente indique qu'elle sent l'impact au niveau de sa santé. Elle indique qu'avec le travail, elle bouge très peu et qu'elle sent qu'elle compense émotionnellement avec la nourriture. Elle précise « je suis très vite gênée par mon ventre ». Anna Dembri explique qu'avec les changements hormonaux, il y a des changements dans le métabolisme. Elle fournit des explications (e.g., métabolisme plus lent, moins de calories brulées) et qu'il faut réduire un peu les proportions et faire un peu plus d'activité physique. La patiente indique « je ne bouge pas comme avant ». Anna demande comment ça se fait, si elle est débordée par le travail ? La patiente confirme, elle est débordée depuis récemment, elle a pris trop de patientes dans son activité de psychologue. Elle évoque que « le samedi je reste assise de 8h à 22h ! » pour des consultations. Elle précise « normalement j'ai une vie plus équilibrée ». Elle poursuit et indique que ses deux parents ont eu un*

cancer en début d'année et que son beau-père est décédé à la même période. Et du coup « on mange et ça fait du bien ». (Cabinet libéral – 30/06/2022)

6.3.3.5.2 Du côté des professionnelles

Du côté des professionnelles, le rapport au poids et la corpulence s'exprime particulièrement à travers la mobilisation de l'IMC[76] comme indicateur de santé et de normalité.

La patiente consulte au CPEF du centre-ville pour des douleurs à la poitrine. Elle est accompagnée de sa voisine. Pendant l'interrogatoire Nawel Bouzid questionne le poids de la patiente. Celle-ci indique qu'elle se trouve trop maigre. Sa voisine intervient dans l'échange disant que ce n'est pas normal qu'elle ait pris du poids avec la pilule et elle, la patiente, n'en prend pas. Nawel calcule alors l'IMC de la patiente. Elle lui dit que son IMC est à 24, qu'elle est « normale », qu'elle est « bien ». (…) Après l'examen la patiente mentionne à nouveau se trouver trop maigre et se sentir fatiguée, avec peu de force. Nawel Bouzid finit par lui prescrire une prise de sang. (CPEF du centre-ville – 31/05/2021)

Une valorisation de norme de minceur est exprimée et s'actualise par la non prise en compte de la parole de la patiente et son souhait de prendre du poids. Il faudra d'ailleurs à la patiente revenir sur son souhait de prendre du poids et exprimer la fatigue ressentie pour que la professionnelle lui prescrive un bilan sanguin. Cette valorisation de la norme de minceur a été observée à d'autres occasions, comme l'expression de jugements valorisant la corpulence (mince) de patientes.

La patiente consulte au centre de santé pour un renouvellement de pilule. Ne parlant pas bien français, elle est accompagnée de sa nièce pour l'aider dans les échanges, mais aussi de ses deux enfants en bas-âges. Pendant l'interrogatoire Sofia Royer, en s'adressant à la nièce « est ce qu'elle sait combien elle pèse ? », la nièce répond « 98 ». La praticienne, à voix basse, commente « je peux pas lui prendre la tension non plus ... ? » du fait de la présence des enfants. Pas de réponse. Sofia note dans le dossier informatisé puis « 98 vous m'avez dit ? », la nièce acquiesce, puis « et elle mesure combien ? », la nièce répond « 1m64 ». La praticienne sort d'un tiroir un disque en carton permettant de mesurer l'IMC. En le tournant elle dit « alors 98 … 164… 36 d'IMC ». Elle note dans le dossier informatisé et

[76] L'IMC pour « Indice de Masse Corporelle » est un outil utilisé en santé pour mesurer la corpulence des personnes, et notamment l'« obésité » qui est considérée comme un indicateur de (mauvaise) santé. Néanmoins, l'utilisation de cet outil comme indicateur de grosseur et de santé est largement critiquée par la littérature scientifique et médicale du fait de son manque de fiabilité scientifiquement avéré (Burkhauser & Cawley, 2008; Humphreys, 2010; Kok et al., 2004; Prentice & Jebb, 2001).

commente à la patiente « et là quand même, obésité sévère. Il faudra faire un peu attention pour votre santé. » La patiente hoche la tête, acquiesce non-verbalement. Sofia poursuit « vous êtes jeune en plus. C'est plus facile de perdre du poids ». La patiente demande alors en français approximatif si la pilule peut faire grossir. Sofia lui explique que non, que souvent ce qu'il se passe c'est qu'en début de prise de pilule, du fait des hormones, il arrive que les patientes prennent un peu de poids. Mais vu que ça fait longtemps qu'elle la prend ce n'est pas la pilule le problème et qu'elle aurait dû faire attention au début. (Centre de santé – 10/05/2022)

Ici, outre le jugement dévalorisant sur la prise de poids de la patiente, la praticienne paraît remettre en question la parole de cette dernière quant aux effets secondaires liées à la prise d'hormone, remise en question retrouvée à d'autres consultations.

La patiente consulte au centre de santé pour le dépistage du CCU. Elle est en suivi régulier avec Sofia Royer. Elles échangent sur les différents moyens de contraception. Sur l'implant, la patiente indique l'avoir déjà eu et le refuse « ça me donne beaucoup de poids ». Sofia Royer commente « normalement, alors normalement, la progestative ça fait pas grossir. Mais moi je pense que les hormones ça fait une modification du corps (…) et je crois les femmes qui dise que ça fait grossir ». Puis elle poursuit en disant qu'il faut essayer « pendant 6 mois » le temps que le corps s'habitue et « pas manger n'importe quoi ». La patiente a des réactions non-verbales mais je ne saurai dire. La praticienne continue sur l'alimentation de la patiente « tu manges des bananes et du riz ? ». La patiente rit et confirme qu'elle mange essentiellement des bananes et du riz. Sofia lui indique alors que c'est trop riche et prend l'exemple des sportifs de haut niveau qui mange beaucoup de banane. (Centre de santé – 05/04/2022)

En cela, la consultation peut être le lieu de conseils et de commentaires, voire de jugements, sur le régime alimentaire des patientes. Plus encore, l'évaluation des effets indésirables de la grossesse peut être variable en fonction de la corpulence des patientes.

La patiente consulte au centre de santé pour une grossesse non-désirée, pour laquelle elle présente des effets indésirables importants, comme de nombreux vomissements. Elle aura effectivement des reflux tout le long de la consultation. En regardant le dossier informatisé, Sofia Royer exprime se souvenir que la patiente avait perdu beaucoup de poids lors de la dernière grossesse et qu'elle avait dû être hospitalisée. La patiente évoque ce moment comme un « mauvais souvenir », « j'ai perdu 10 kilos ». La praticienne commente « ah oui je me souviens ! vous aviez le visage creux ! » elles rient. (…) La consultation se termine. Sofia Royer raccompagne la patiente à la porte du bureau. La patiente exprime espérer pouvoir manger ce weekend. Sofia commente qu'elle perd effectivement

très rapidement du poids et souligne « encore si vous étiez en surpoids, ça serait pas grave, mais là ... ». (Centre de santé – 22/04/20220)

In fine, lorsque des discours émergent sur le poids et la corpulence dans leur dimension psychosociale, et que ce soit par les patientes ou les professionnelles, ils traduisent dans l'ensemble une intériorisation et valorisation de la norme de minceur, reflétant une grossophobie intériorisée voire l'expression d'une grossophobie médicale en consultation gynécologique.

Pour conclure cette partie, je soulignerai ici brièvement quelques indications quant à la relation soignante-soignée et au climat socio-affectif. Bien que les éléments évoqués précédemment peuvent déjà être indicatifs de la qualité relationnelle (*e.g.*, jugements sur le poids, abord d'expériences négatives médicales passées), d'autres indicateurs peuvent être informatifs du climat relationnel comme le fait de se présenter, ou non, lors d'une première rencontre, porter son attention sur la patiente et témoigner de son écoute lorsqu'elle s'exprime (*e.g.*, regarder la patiente ou l'écran d'ordinateur), la présence de conversation personnelle, l'expression d'émotion de la part des patientes et la façon dont elles sont réceptionnées par les praticiennes, *etc.*. Si quelques variations sont observées selon les motifs de consultation ou le fait qu'il s'agisse de patientes en suivi ou non, ces quelques éléments semblent davantage relever de pratiques professionnelles individuelles, dans la mesure où chaque professionnelle procède de façon similaire d'une consultation à une autre.

6.3.4 Les pratiques liées à l'examen gynécologique

Cette dernière partie de résultats porte sur les pratiques liées à l'EG observées au cours de l'enquête. Parmi les différentes pratiques nous nous arrêterons plus particulièrement sur les explications, le consentement, la nudité en consultation gynécologique, et la douleur et sa gestion. Il est à noter que le dépistage du CCU, consistant au prélèvement de cellules du col de l'utérus, s'intègre plus largement dans l'EG et les pratiques présentées. Bien qu'exposées de façon séquentielle suivant le déroulé d'une consultation, ces pratiques et leur(s) fonction(s) s'articulent et s'enchevêtrent. Nous verrons notamment que toutes ses pratiques ont une fonction commune visant la gestion de l'intime en consultation. Pour chacune, nous essaierons

de dessiner les possibles régulations sociales et symboliques dont elles peuvent faire l'objet, au regard notamment des éléments présentés précédemment (*e.g.*, jugements, abord de violences ou non), des caractéristiques psycho-sociales des patientes (*e.g.*, précarité ou non, « bonne » patiente, *etc.*), et des professionnelles (*e.g.*, spécialité, valeurs sous-jacentes).

6.3.4.1 Deux fonctions des explications et informations liées à l'EG

Assez brièvement, notre intérêt se porte dans cette section sur les explications et informations liées à l'EG et leurs fonctions. Plus précisément, il est question ou d'informer ou d'expliquer des examens qui vont être ou sont réalisés, leur but et leur déroulé. Les explications et informations liées à l'EG semblent tout d'abord s'effectuer selon une temporalité particulière : avant l'examen, pendant, et après l'examen. Lors de l'interrogatoire, il s'agit majoritairement d'indiquer quel(s) examen(s) va être réalisé et dans quel but (*e.g.*, « *on va faire un prélèvement pour la chlamydia* » ou « *on va faire le frottis pour le dépistage du CCU* »). Pendant l'examen, il est davantage question d'indiquer au fur et à mesure le déroulé de l'examen et les gestes effectués sur le corps de la patiente. Enfin, après l'examen, il s'agit principalement d'indications quant aux possibles résultats, au suivi, ou encore des indications quant à des effets secondaires. En cela, par explications, il est principalement entendu des indications sur les examens réalisés et les gestes effectués sur le corps de patientes.

À cette temporalité des explications, ce sont deux fonctions des indications liées à l'EG que je souhaite ici souligner. Indiquer aux patientes les examens réalisés et leur déroulé peut tout d'abord revêtir une fonction cognitive permettant aux patientes de savoir ce qui est fait sur leur corps et comment. Cette fonction permettrait de procurer un sentiment de maîtrise de la situation pour les patientes dans l'instant de la consultation.

> *La patiente consulte pour un désir d'enfant. Elle a plus de 40 ans, ne parle pas français (turc), de confession musulmane et sans papier. Pendant l'interrogatoire elle indique avoir des douleurs lors des rapports sexuels. Lors de l'examen, la patiente, installée sur la chaise gynécologique, est gênée. Elle tire sur sa longue chemise pour cacher le « mont de vénus » (mot employé plus tard par Nawel). Nawel Bouzid palpe d'abord le ventre pour voir si la patiente à des grosseurs ou des douleurs. Rien à signaler. Elle se prépare pour procéder à l'examen au spéculum. S'adressant à moi, elle me précise que quand c'est la première fois, elle explique ce qu'est le*

spéculum mais elle, la patiente, a l'habitude donc elle n'explique pas. Elle s'installe pour la mise en place du spéculum. Elle prévient la patiente avant l'insertion et dit qu'elle va y aller doucement. Elle regarde et dit que tout est ok (historique de prolapsus). Elle indique qu'elle va faire un toucher vaginal pour les douleurs. Pendant la palpation, elle demande si elle a mal ou non. La patiente exprime ressentir une douleur à gauche. Elle lui dit qu'elle va prescrire une échographique pour la douleur. La praticienne lui dit qu'elle indique qu'elle peut se rhabiller et qu'elle va faire la palpation mammaire. (CPEF du centre-ville – 18/10/2020)

Cet extrait laisse supposer que le degré d'explications fournies aux patientes s'effectue en fonction de l'habitude, et en cela des connaissances présupposées des patientes à l'EG. À une occasion pour une pose de DIU, j'ai observé une professionnelle demander explicitement les préférences de la patiente quant au degré d'explications.

Cette fonction cognitive s'articule à une fonction symbolique visant à neutraliser la possible connotation sexuelle de l'EG. Une telle fonction s'est notamment révélée lors d'une consultation où la patiente ne comprenait pas les indications transmises par la praticienne du fait de la barrière de la langue.

Après l'examen au spéculum, Stéphanie Bard passe au toucher vaginal. Elle indique à la patiente « je vais vous faire mettre deux doigts dans le vagin ». Sauf que la patiente ne comprend pas le français. La praticienne se déplace à droite de la patiente pour réaliser le toucher vaginal et pendant qu'elle lui parle elle insère ses deux doigts. La réaction de la patiente témoigne de sa surprise : elle émet un gloussement assez fort et son corps remontent sur la chaise gynécologique. La professionnelle met fin au toucher vaginal. (CPEF du centre-ville – 03/05/2021)

L'extrait présenté atteste de la possible connotation sexuelle de l'EG, et ici du toucher vaginal, pour les patientes. Indiquer les gestes réalisés sur le corps des patientes permettrait alors d'appuyer sur la dimension médicale de l'examen. Cette fonction de neutralisation de la dimension sexuelle de l'EG revêt également un intérêt pour les professionnelles, puisque cela peut donner l'impression de performer un acte sexuel sur la patiente.

Par ces deux fonctions des explications et informations liées à l'EG, il est une façon de rendre acceptable l'examen, en amont, au temps de l'examen, mais aussi pour les examens futurs. Si l'enjeu est que l'examen se déroule au mieux pour les patientes (et le professionnelles), c'est aussi pour que ces dernières maintiennent une

régularité dans leur suivi gynécologique dans une visée de prévention en matière de santé des femmes. De telles pratiques et leurs fonctions s'articulent ainsi aux pratiques exposées dans la section 6.3.2 Rapport à la norme préventive en consultation gynécologique. Enfin, les deux fonctions évoquées questionnent sur l'enjeu de la barrière de la langue en consultation gynécologique et ses effets, à la fois pour les patientes et les praticiennes.

6.3.4.2 Sur le consentement

Précédemment nous avons évoqué que des examens, quels qu'ils soient, ont été réalisés dans 81.25% des consultations, dont 66.96% des consultations comportant des examens pelviens, avec l'examen au spéculum étant celui le plus fréquemment réalisé. L'analyse sera ici circonscrite au consentement lors de la réalisation d'examen génital, et aussi lorsque celui-ci est proposé mais refusé par les patientes.

6.3.4.2.1 Les formes du consentement

De prime abord, la demande ou non du consentement à l'examen paraît s'exprimer autour de deux formes principales prenant place majoritairement à la fin de l'interrogatoire :

- Demande de l'accord de façon explicite sous la forme interrogative « *est-ce que vous êtes d'accord pour que je vous examine ?* » ou « *je vais vous examiner, d'accord ?* » ;

- Absence de demande de l'accord, mais plutôt une indication directive « *on va passer à l'examen* » ou implicite « *je vous laisse aller à côté* ».

Sur les 75 consultations comportant des examens génitaux, la demande de l'accord explicite aux patientes a été observé pour 36% des consultations, et l'absence de demande sous la forme directive ou implicite pour 45.33% consultations[77].

L'analyse des consultations permet premièrement de mettre en avant une variabilité inter-individuelle conséquente, c'est-à-dire que la demande ou non de

[77] Avec n = 14 données manquantes (18.67%). Elles correspondent principalement aux observations réalisées au tout début de l'enquête, soit durant la phase d'exploration et d'imprégnation du milieu. Cela a pu engendrer une sous-estimation du nombre de demande explicite puisque ces consultations ont majoritairement été effectuée avec une professionnelle qui semblait avoir intégrée dans ses pratiques professionnelles la demande explicite de l'accord à l'examen.

l'accord semblent varier principalement en fonction des professionnelles et de leurs pratiques. Il est notamment deux praticiennes exerçant en CPEF qui opèrent une demande explicite de l'accord à la patiente avant l'examen de façon quasi-systématique. Pour la première, la demande explicite est observée dans 14 consultations sur 21, soit 66.67%[78], pour la deuxième, il est question de 9 consultations sur 12, soit 75%. Pour les autres praticiennes exerçant en contexte de précarité ou non, la forme directive ou implicite est majoritairement observée (entre 60% et 100% des consultations observées). Cela souligne alors une forme de ritualisation du déroulé de la consultation et de l'examen selon les professionnelles, qui semble procéder de façon similaire d'une consultation à une autre.

Concernant les deux professionnelles opérant une demande quasi-systématique, elles étaient toutes deux particulièrement mobilisées dans l'enquête menée. Pour l'une, il est possible que cette systématisation de la demande explicite du consentement ait été un effet induit par ma présence en consultation. Le dispositif d'enquête peut être alors révélateur de ce qui est considéré comme une « bonne » pratique, à savoir, l'importance de demander l'accord explicite aux patientes. Par ailleurs, cette praticienne faisait part d'une importante réflexivité quant à ses pratiques professionnelles et me signifiait régulièrement son attente de retours quant aux observations que je menais dans une visée d'amélioration de ses pratiques. Pour la deuxième, il semble que son engagement féministe et sa volonté de lutter contre les violences en milieu médical aient pu influencer ses pratiques professionnelles. À titre illustratif, c'est la seule praticienne avec qui j'ai observé des pratiques alternatives comme proposer l'auto-insertion du spéculum et l'observation des parties génitales au miroir, ou encore, qui ne portait pas de blouse blanche, marqueur symbolique du statut de médecin.

Il est tout de même des variations intra-individuelles dans les pratiques du consentement nous permettant de déceler l'existence, ou non, de facteurs pouvant influencer les formes du consentement. Par ailleurs, si le consentement a été ici catégorisé en termes de présence ou d'absence, l'analyse des consultations observées met en lumière que cette bi-catégorisation peut s'avérer insuffisante. La

[78] Avec n = 6 données manquantes (28.6%).

Figure 15 résume sous forme de schéma les formes du consentement en consultation gynécologique.

6.3.4.2.2 Les modalités de la demande explicite de l'accord

Si la demande est considérée comme explicite car la forme interrogative est employée, l'analyse plus approfondie permet de dessiner des modulations dans les formulations employées par différents degrés de directivité, en fonction notamment de la motivation médicale à réaliser un examen ou non.

Dans la situation où l'examen est motivé, il est premièrement des consultations où le motif évoqué par la patiente nécessite un examen (*e.g.*, pose/retrait de DIU, dépistage du CCU, *etc.*). Ici les formulations, bien qu'interrogatives, paraissent directives.

> *En entrant dans le bureau de consultation, j'entends la praticienne et la patiente plaisanter, rire. Après s'être installée, Natacha Greco lui demande pourquoi elle vient aujourd'hui. La patiente vient pour le stérilet. Celui qu'elle a est périmé depuis 2 ans et souhaite le changer. L'interrogatoire se déroule autour des antécédents de la patiente et du choix contraceptif, au regard de son activité sexuelle et de son âge (préménopause). Natacha demande alors la date du dernier frottis et commente « y a 3 ans, faut qu'on le refasse ». Elle réoriente la patiente vers le CGS pour le changement de contraception. Natacha indique alors* ***« donc on va faire l'examen, d'accord ? »*** *La patiente répond « d'accord ». (SGO – 24/05/2022)*

> *Jeanne Bresson s'installe en face de la patiente et se présente à nouveau. Elle demande à la patiente « on se voit pourquoi aujourd'hui ? ». La patiente explique que c'est « pour un frottis, ça fait longtemps » le dernier était en 2019. Après quelques échanges, elles reviennent sur le motif de la consultation. La patiente redit que « ça fait 3 ans ». Jeanne commente « super, vous avez bien retenu », la patiente rit, « oui ». La praticienne explique alors les nouvelles recommandations quant au délai de dépistage (tous les 5 ans). La patiente commente « ça fait long » et exprime des inquiétudes et une peur de la maladie. L'Interrogatoire se poursuit par des échanges sur l'historique gynécologique, les antécédents de la patiente et sa famille, et sur la contraception. Jeanne Bresson demande* ***« on est parti pour l'examen ? »****. La patiente acquiesce. (CPEF de quartier – 14/01/2022)*

Cela suppose alors que si le motif évoqué par la patiente nécessite un examen, les patientes le savent et s'y attendent. Deuxièmement, pour d'autres consultations, le motif évoqué par la patiente n'implique pas d'examen, comme dans l'extrait suivant :

La patiente consulte pour un renouvellement de pilule. Après un temps d'échange sur les différents moyens de contraception, Jeanne Bresson demande la date du dernier frottis. Elle voit dans le dossier 2018 et commente « ça serait l'heure d'en refaire un ». ***Jeanne indique alors « je vous propose de faire le prélèvement aujourd'hui si vous êtes d'accord ». La patiente répond « je suis d'accord ».*** *(CPEF de quartier – 01/10/2021)*

Il apparait au cours de la consultation que le dépistage du CCU n'est pas à jour, amenant la praticienne à proposer de réaliser le prélèvement à ce jour. Par ailleurs, si la demande du consentement est explicite, elle s'inscrit également dans une interaction inter-individuelle dans laquelle l'importance du dépistage est mentionnée, soulignant également le rôle de la transmission d'informations et d'explications aux patientes dans l'acceptabilité de l'examen.

Troisièmement, toujours dans le cas où l'examen est motivé, la forme interrogative semble être aussi employée lorsque la patiente exprime par exemple de l'appréhension quant à l'EG.

La patiente exprime son inquiétude à faire un EG notamment car elle a ses règles et des problèmes d'odeur, elle est gênée. Jeanne Bresson lui explique quel intérêt il y aurait à faire un examen aujourd'hui, pourquoi elle peut faire un examen. Cela permettrait de voir les fils du stérilet, vérifier que c'est en place, même s'il faudra faire une échographie en intravaginale pour vérifier qu'il est bien positionné (notamment par rapport au problème des douleurs) et faire un prélèvement vaginal pour les problèmes d'odeur (chlamydia, ***…). La praticienne lui demande si elle veut le faire ou non. La patiente répond « je pense que c'est important de le faire. C'est jamais un moment agréable pour tout le monde. Ça fait un moment que ça traine »****. (CPEF de quartier – 01/04/2022)*

En laissant la possibilité de refuser, la demande explicite du consentement peut alors contribuer à l'instauration d'un climat de confiance pour la réalisation de l'EG. Il est une façon de signifier le respect de la patiente et de son choix, et en cela, il peut être un moyen de rassurer les patientes, contribuant à l'acceptabilité et au bon vécu de l'EG. Cette forme du consentement a pu être observé lors d'une consultation où la patiente, consultant pour un motif nécessitant un EG, faisait également part de violences vécues passées et sa forte appréhension de l'EG. Dans toutes ces situations précédemment évoquées, il n'a pas été observé de refus de la part des patientes, soit elles ont toutes exprimé leur accord à l'EG.

Quatrièmement et dernièrement, dans les situations où l'examen n'est pas

nécessaire (i.e., à jour sur le dépistage, pas de symptôme, examen réalisé dans une période inférieure à un an), les quelques consultations où l'examen est tout de même proposé, les formulations employées paraissent sensiblement différentes.

> *La patiente consulte au CPEF pour un renouvellement d'ordonnance pour une pilule, prescrite il y a trois mois. À la fin de l'interrogatoire, Nawel Bouzid demande « **est-ce que vous voulez que je vous examine ?** ». La patiente répond « non, pas spécialement » et indique qu'elle a été examinée lors du dernier rendez-vous, il y a trois mois. (CPEF du centre-ville – 31/05/2021)*
>
> *La patiente consulte pour un renouvellement d'ordonnance pour une pilule. Pendant l'interrogatoire, Natacha Greco demande à la patiente de quand date son dernier rendez-vous gynécologique et examen gynécologique. La patiente indique que c'était il y a un an. La praticienne demande **« vous voulez le faire aujourd'hui ou pas ? ».** La patiente indique « j'ai mes règles (rire) » et explique que le rendez-vous a été décalé, qu'elle avait à la base calculé par rapport à la pilule pour venir sans avoir ses règles. Elle commente « j'avais peur de ça (rire) ». Natacha lui indique qu'elle ne va pas l'« embêter » alors, d'autant plus qu'elle a fait un examen il y a un an. (SGO – 17/05/2022)*

Ici, les formulations employées laissent sous-entendre qu'il n'est pas nécessaire d'un point de vue médical de réaliser l'EG. Plus encore, la volonté de réaliser un examen est entièrement attribuée à la patiente, notamment par l'emploi du verbe « vouloir » et l'absence d'indications sur l'intérêt de réaliser un EG. De façon notable, la quasi-totalité des refus d'EG des patientes a été observée dans ces situations[79].

Finalement, les modulations de la demande explicite du consentement correspondent principalement au degré de directivité employée. Ce dernier semble dépendre de la motivation à faire l'EG d'un point de vue médical, mais aussi selon les patientes, c'est-à-dire le motif qu'elles évoquent, sous-tendant qu'elles viennent/s'attendent à un examen ou non, ou leur état émotionnel au moment de la consultation.

6.3.4.2.3 Les modalités de la non-demande de l'accord

Concernant les deux professionnelles qui, de prime abord, effectuent en majorité des demandes explicites, le motif de consultation semble à nouveau déterminant dans l'emploi de forme directive ou implicite. Il s'agit plus précisément de

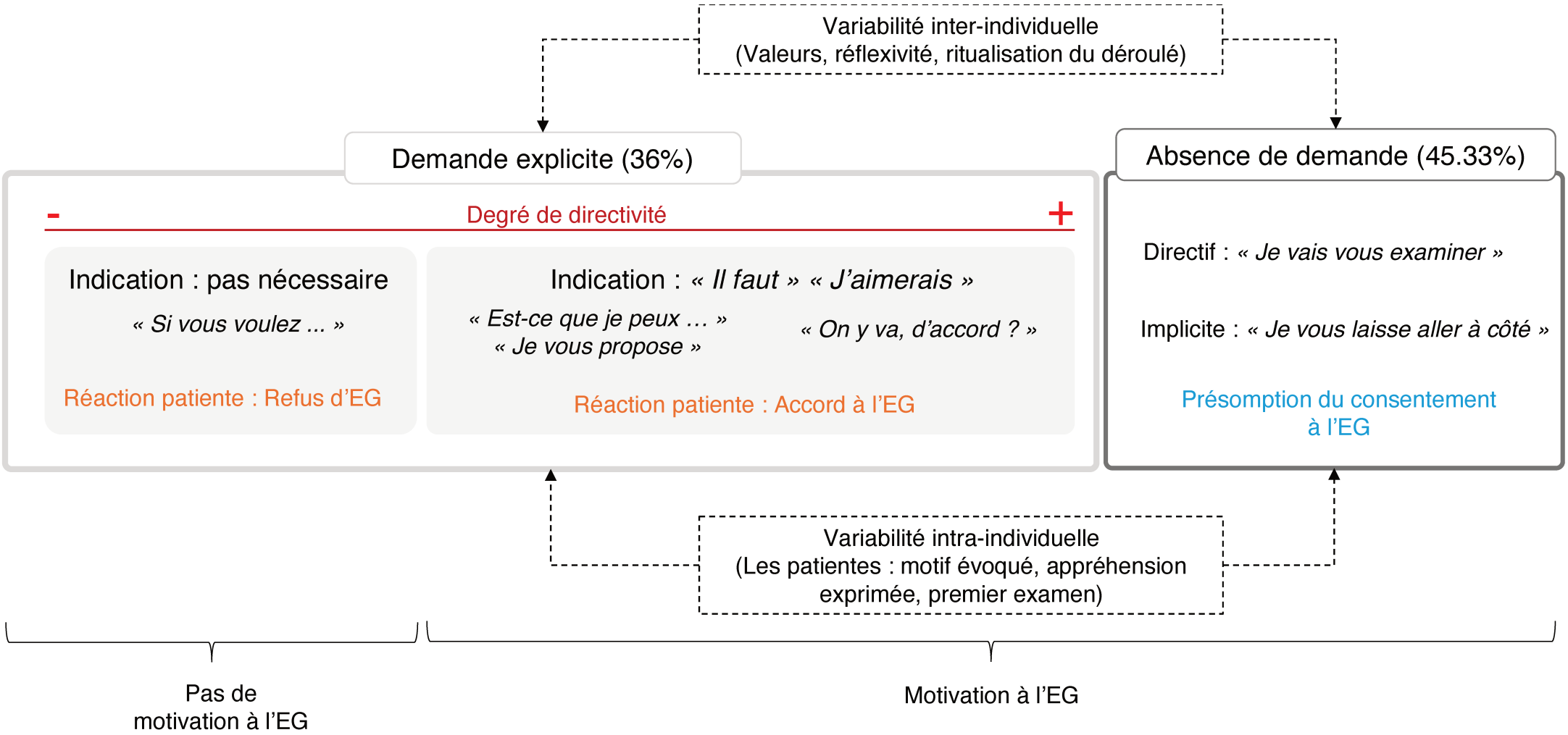
[79] Pour une patiente, bien que la praticienne ait demandé l'accord explicite à la patiente, celle-ci a exprimé son refus une fois installée sur la chaise gynécologique à la vue du spéculum.

patientes qui viennent explicitement pour un motif impliquant un examen génital et qui, au regard des éléments précédents, ne semblent pas exprimer d'inquiétude ou d'appréhension quant à l'examen.

> *La patiente en question était venue en février pour une pose de DIU. Elle vient aujourd'hui pour le contrôle de la pose. Elle s'inquiète d'effets secondaires comme des saignements (spotting) et une augmentation de la faim. Nawel Bouzid revient sur le motif de la consultation à savoir le stérilet. Elle demande à la patiente « alors racontez moi ». La patiente lui explique alors les différents effets secondaires qu'elle a depuis la pose du DIU. Après ce temps d'échange, Nawel dit* ***« il faut que je vous examine »****, et lui dit aussi qu'elle aimerait faire un prélèvement vaginal pour vérifier. Elle indique qu'il n'y a pas besoin de faire de frottis car elle l'a fait y a pas longtemps. Elle lui demande également si ça la dérange que « ma collègue » assiste à l'examen. Elle est ok. (CPEF du centre-ville – 19/04/2021)*
>
> *(se connaissent) Jeanne Bresson lui demande pourquoi elles se voient aujourd'hui. La patiente indique que c'est « pour retirer le stérilet ». La praticienne demande la « date du stérilet », la patiente répond « 6 ans ». Jeanne lui demande pourquoi elle souhaite retirer le stérilet. La patiente explique « j'ai pas de relation avec des mecs et je compte pas en avoir. Et si jamais ça arrive, on mettra une capote ». Jeanne acquiesce. Les échanges se poursuivent sur la contraception et les IST. La praticienne fournit des explications et lui prescrit des ordonnances pour le dépistage de la chlamydia au besoin. Elle demande ensuite « autre chose à voir ? », elle réfléchit puis « Ah si, fallait enlever le stérilet ! » les deux rient. La patiente indique « est ce que … en ce moment j'ai mes règles. » La praticienne répond que « c'est pas gênant » puis indique* ***« je vous laisse passer à côté »****. (CPEF de quartier – 01/04/2022)*

Par ailleurs, l'absence de demande de l'accord, dans sa forme directive ou implicite, souligne une potentielle présomption du consentement à l'EG, c'est à dire le fait que du moment où les patientes viennent consulter, et qu'un examen est estimé nécessaire, elles acceptent de se faire examiner. Il est à noter que cela s'accompagne généralement d'explications ou d'indications sur les examens qui vont être réalisés (*e.g.*, intérêt du dépistage, indication sur le déshabillage, *etc.*). Dans ces situations, aucune patiente n'a manifesté de désaccord.

Figure 15
Les formes du consentement en consultation gynécologique



6.3.4.2.4 Pendant l'EG : demander, prévenir ou insérer ?

Il apparait également que le consentement ne se limite pas à la demande, ou non, avant l'examen durant l'interrogatoire. En effet, il peut s'exprimer durant l'examen, notamment avant de toucher les parties génitales des femmes et/ou d'insérer dans le vagin de la patiente un spéculum, une sonde, ou les doigts. Trois types de pratiques ont été observés : demander, prévenir, ou, agir (i.e., procéder à l'insertion/toucher sans commentaire).

Concernant la demande, avant de procéder à des gestes sur les parties génitales, s'il n'est pas tellement question de laisser la possibilité aux patientes de refuser l'examen puisqu'elles sont déjà installées en position gynécologique sur la table d'examen, il s'agit davantage de s'assurer qu'elles sont prêtes à l'examen.

> *La patiente et la praticienne se sont vues récemment pour un changement de contraception (retrait d'implant, suspicion de péri-ménopause). Après l'interrogatoire, Anne Dembri indique « on va faire un petit examen clinique, et une écho endo pour conforter ce que je pense (sur la péri-ménopause) ». (…) La praticienne indique « allez on passe à l'examen ». Les deux se lèvent et se dirigent coté examen. (…) La patiente est installée sur la chaise gynécologique en position gynécologique. Anna se positionne pour l'examen puis demande « c'est ok pour vous, je peux commencer l'examen ? ». La patiente répond « ouais ». Anna Dembri indique « allez, je pose le spéculum ». (Cabinet libéral – 30/06/2022)*

Le fait de prévenir, mais aussi demander, rejoignent les deux fonctions des explications et informations liées à l'EG précédemment mentionnées.

Enfin, il est des situations où les examens sont réalisés sans prévenir ou formuler une demande à la patiente durant le déroulé de l'examen. Si dans certains cas, cette absence d'indication semble normalisée, il est d'autres où la praticienne s'est excusée, commentant après l'insertion du spéculum « *pardon j'ai commencé à vous toucher sans vous avertir* ».

Le consentement ne peut ainsi se résumer à une demande explicite ou à une absence de demande en amont de l'examen, puisqu'oblitérant les dynamiques relationnelles et les enjeux propres aux actrices de la situation, praticienne et patiente. En effet, le consentement parait faire l'objet de négociations dans la relation inter-individuelle au travers par exemple des indications quant à l'importance des examens, appuyant par la sorte sur la responsabilité des femmes vis-à-vis de leur santé.

Différents facteurs semblent alors moduler les formes de consentement observées, dont notamment les professionnelles, les patientes, et les motifs de consultation. Ces formes s'inscrivent dans une temporalité et des enjeux spécifiques de l'examen, puisque nécessitant d'observer les parties génitales, les toucher et y introduire des instruments.

6.3.4.3 La nudité en consultation gynécologique

En ce qu'il implique l'examen des parties génitales, l'EG nécessite aux patientes de se déshabiller et d'exposer leurs parties génitales aux professionnel·le·s qui réalisent l'examen. Véritable enjeu et spécificité de la consultation et de l'examen gynécologique, la thématique de la nudité a fait l'objet de recherche en sociologie en contexte français, comme les travaux de Laurence Guyard (2002, 2008). En considérant la consultation gynécologique comme un espace global, Guyard a mis en évidence une structuration spatio-temporelle de la consultation qui s'accompagne d'une ritualisation du déroulé et des interactions selon un ensemble de règles visant notamment la mise à distance et la neutralisation de la dimension sexuelle et intime. Le déshabillage et le moment de l'EG sont considérés comme deux moments critiques dans la mesure où le corps des patientes se trouve exposé et l'objet de pratiques, comme se dévêtir pour les patientes ou observer les parties génitales pour les praticien·ne·s. Cette section porte alors sur la nudité en consultation gynécologique autour notamment du moment du déshabillage et de l'exposition du corps des femmes, et des pratiques associées.

6.3.4.3.1 Le déshabillage

Précédant la réalisation de l'examen, le déshabillage représente un moment critique du déroulé de la consultation gynécologique. La majorité des bureaux de consultations dans lesquelles se sont effectuées les observations présentaient une séparation réelle de l'espace de consultation avec d'une part le côté bureau, et de l'autre, le côté d'examen[80]. Enfin, deux salles de consultation ne présentaient pas de séparation des espaces.

[80] Certaines salles présentaient une séparation (quasi-)complète (*e.g.*, pièce séparée, cloison de séparation), d'autres, plus exiguës étaient dotées d'un paravent ne couvrant pas totalement l'espace d'examen.

En termes de pratiques de gestion de la nudité par les professionnelles, il s'observe une faible variabilité inter-individuelle et une quasi-absence de variabilité intra-individuelle. Autrement dit, si les pratiques de gestion de la nudité peuvent légèrement varier selon les professionnelles, chacune procède de façon similaire d'une consultation à une autre, soulignant à nouveau la ritualisation du déroulé de l'EG et des pratiques qui l'encadrent.

Tout d'abord, lors du passage à l'examen, il s'agit d'indiquer aux patientes où et comment se déshabiller. Dans le cas où un espace est dédié au déshabillage, celui-ci peut être indiqué de façon plus ou moins explicite, en mentionnant de « *se mettre derrière le paravent* » ou « *je vous laisse aller à côte* ». Il est également question que les patientes ne se retrouvent pas entièrement nues. Pour cela, toutes les professionnelles leur indiquaient de se déshabiller en deux temps, souvent sous la forme suivante « *d'abord le bas puis le haut* », ou inversement. Certaines professionnelles pouvaient également indiquer aux patientes où déposer leurs vêtements. Ensuite, il s'agit de respecter l'intimité des patientes pendant qu'elles se déshabillent et de le signifier, par exemple en restant du côté du bureau, ou bien, en étant présente mais sans regarder, en s'occupant à préparer le matériel.

> *Au moment du déshabillage, Nawel Bouzid laisse l'espace pour se déshabiller à la patiente, elle reste du côté du bureau. Pendant ce temps, elle me parle d'une personne qui l'a formée, qu'elle nomme « mon maitre », et qui lui a expliqué qu'il n'y avait pas besoin d'être présent quand les patientes se déshabillent pour leur laisser de l'intimité. (CPEF du centre-ville – 11/01/2021)*

Il est néanmoins quelques situations de rupture de cette ritualisation du déroulé du déshabillage pouvant rendre cette situation inconfortable pour les patientes, et mettant ainsi en lumière les enjeux liés à l'intime et la nudité dans cette situation médicale (Guyard, 2002).

> *La patiente consulte au centre de santé pour contrôler la pose du DIU, qui avait été posé par la praticienne Sofia Royer. Pendant l'interrogatoire, Sofia Royer constate un problème informatique, elle n'a pas accès au dossier de la patiente. En attendant, elle invite la patiente à la palpation mammaire, en indiquant « Allez, on enlève tout comme d'habitude ». La patiente s'assoit sur la chaise gynécologique, sans rien enlever. La praticienne lui prend d'abord la tension puis lui indique de se déshabiller « le haut ». Elle effectue la palpation des seins. Une fois terminée, elle lui indique de remettre le haut et d' « enlever le bas ». Il n'y a pas vraiment d'espace particulier pour que*

la patiente se déshabille. La patiente retourne à la chaise en face du bureau de consultation. Elle met sa veste sur le siège, s'assoit et y enlève son pantalon et sa culotte. Pendant ce temps, Sofia revient vers l'ordinateur voir si ça fonctionne à nouveau. C'est le cas. La praticienne se réinstalle sur son siège et reprend alors les antécédents et l'interrogatoire pendant que la patiente est assise sur la chaise, à demi-nue, sur sa veste en tenant son pantalon sur elle pour se cacher de la nudité. L'interrogatoire se poursuit. (Centre de santé – 07/01/2021)

Enfin, les rares fois où les patientes se sont trouvées entièrement nues, cela était à leur initiative.

Anna Dembri et la patiente se lèvent et se dirigent coté examen (pas de séparation des espaces). La patiente enlève ses chaussures et enlève sa culotte qu'elle met en boule dans sa chaussure. Elle a une grande robe qu'elle peut garder pour l'examen. (…) Elle retire la sonde endovaginale puis indique « Alors il reste à faire la poitrine ». La patiente essaye de descendre le haut de sa robe mais n'y arrive pas. Elle se lève et enlève sa robe et se retrouve entièrement nue. Pendant ce temps, elle parle, « on a eu une surprise avec ma médecin généraliste » et mentionne une sorte de boule au niveau de la poitrine. La praticienne fait la palpation et explicite ce qu'elle sent. Elle termine la palpation « c'est bon vous pouvez vous rhabiller ». (Cabinet libéral – 30/06/2022)

Cet extrait permet aussi de questionner certains enjeux du côté des patientes comme la possibilité de se vêtir en prévision de la consultation gynécologique (*e.g.*, longue robe ou t-shirt permettant de se couvrir) et le choix des sous-vêtements, dont notamment de la culotte et la façon dont celle-ci sera disposée (*e.g.*, la cacher ou non). Par ailleurs, le degré d'aisance semble variable et peut se matérialiser par des ruptures de ce découpage spatio-temporel, comme des patientes qui se déplaçaient à demi-nues dans les différents espaces du bureau de consultation, ou inversement, des patientes qui, bien qu'ayant une connaissance *apriori* de l'EG, semblaient réticentes à se déshabiller.

La patiente, âgée de 43 ans, consulte pour une consultation de suivi de grossesse post-natale. Vient le moment de l'examen. Stéphanie Bard se lève en disant « allez on va voir tout ça ». En se dirigeant vers la pièce d'examen elle demande également à la patiente si elle a des questions. La patiente se lève aussi et la suit. Elle ne verbalise pas de gêne ou d'appréhension. Dans la pièce d'examen, Stéphanie lui indique d'enlever tout le bas, et qu'« on fera le haut après ». Pendant que la patiente se déshabille, la praticienne prépare les instruments pour l'examen, se lave les mains et mets des gants. La patiente est un peu hésitante pour enlever sa culotte. Elle demande à Stéphanie si elle « enlève tout ». La professionnelle

acquiesce, « tout tout tout ». Elle enlève sa culotte et dispose ses habits sur la chaise prévue à cet effet sans cacher sa culotte. Elle s'installe sur la chaise gynécologique et pose ses pieds sur les étriers. Stéphanie Bard s'installe en face des parties génitales de la patiente, le visage à hauteur des dernières et réajuste les pieds de la patiente en lui disant de mettre ses talons dans le creux, « voilà comme ça ». Elle procède à l'examen au spéculum puis au toucher vaginal (…) L'examen en bas est terminé. Elle dit à la patiente qu'elle peut maintenant remettre le bas et qu'elles vont faire le haut, qu'elle la laisse se rhabiller avant. Stéphanie sort de l'espace d'examen, je la suis. Elle va se laver les mains. Puis elle revient rapidement dans la salle d'examen. La patiente est assise en train de lacer ses chaussures. Elles échangent au sujet de la contraception. Toujours assise sur la chaise la patiente demande à Stéphanie « je fais quoi maintenant ? ». Elle lui indique « d'enlever le haut, tout le haut ». La patiente enlève son pull et son t-shirt et revient vers la chaise gynécologique. Elle n'a pas enlevé son soutien-gorge. Stéphanie lui indique à nouveau qu'il faut tout enlever. La patiente rit, « ah j'ai oublié ». Elle enlève donc son soutien-gorge une fois installée sur la chaise gynécologique. Une fois la palpation terminée, la praticienne indique à la patiente « vous pouvez vous rhabiller ». (CPEF du centre-ville – 01/03/2021)

Finalement, comme le souligne Laurence Guyard, « la désignation précise d'un endroit où se déshabiller, l'orientation des regards, la gestuelle purement technique de la patiente et la rapidité d'exécution sont autant d'éléments mis en œuvre pour mettre à distance la dimension érotique et sensuelle socialement et symboliquement attribuée au déshabillage de la femme. » (2002, p. 87). Par ailleurs, comme pour les autres pratiques liées à l'EG présentées, les éléments pointés questionnent à nouveau sur la barrière de la langue en consultation gynécologique, et aussi le niveau de connaissance présupposé des femmes à l'EG.

La patiente consulte pour un désir de grossesse. Elle vient de Turquie et ne maîtrise pas bien la langue française. Lors du passage à l'examen, Nawel Bouzid demande l'accord à la patiente puis lui indique d'aller à côté et d' « enlever que le bas ». La patiente se déshabille à côté. Nous la rejoignons. Les attitudes et la gestuelle de la patiente laisse entrevoir son malaise, sa gêne. Elle s'installe sur la chaise gynécologique et demande à l'aide de gestes si elle peut monter le dos de la chaise gynécologique. La praticienne, avec un ton doux, indique « non c'est très bien comme ça, allongez-vous ». Allongée avec les pieds dans les étriers, la patiente est gênée : elle tire sur sa longue chemise pour tenter de se couvrir. Après la réalisation de l'examen pelvien, Nawel lui dit qu'elle indique qu'elle peut se rhabiller et qu'elle va faire la palpation mammaire. Toujours installée sur la chaise gynécologique à demi-nue, la patiente commence alors à soulever sa chemise, n'ayant pas compris les indications de Nawel. La praticienne commente « bah c'est comme vous voulez ! ». Elle comprend que la

patiente est gênée et lui précise qu'elle peut d'abord remettre le bas pour pouvoir enlever ensuite le haut. Nawel et moi-même retournons coté bureau le temps que la patiente se rhabille. Nous retournons dans l'espace d'examen. La patiente est assise sur la chaise gynécologique entièrement vêtue. Pour la palpation des seins, elle relève sa chemise, toujours gênée. La praticienne procède alors à l'examen des seins en ajustant le soutien-gorge de la patiente. Elle la prévient quand elle appuie plus fort. L'examen est terminé, nous retournons dans l'espace bureau pendant que la patiente se rhabille. (CPEF du centre-ville – 18/10/2020)

Si cette ritualisation du déroulé permettrait pour les patientes de procurer un sentiment de maîtrise de la situation, encore faut-il être en mesure de comprendre ces règles, souvent exprimées de façon implicite. Cet ensemble de règles semble alors reposer sur deux présupposés : d'une part, la patiente a déjà eu un EG et en a compris le déroulé ; et d'autres part, toutes les consultations gynécologiques se déroulent de la même façon.

6.3.4.3.2 Le corps exposé

Durant l'examen, les parties génitales des femmes se trouvent observées par les professionnelles et les objets de pratiques. Du côté des patientes, lorsque de la gêne est exprimée, c'est majoritairement de façon non-verbale comme le fait de tirer sur son t-shirt ou de mettre sa main au niveau du pubis pour tenter de se cacher. À cet égard, deux professionnelles proposaient de façon quasi-systématique de couvrir les patientes en découpant un morceau de papier médical, nommée par Natacha Greco *« petite jupette* ».

Aux indications des gestes effectués sur le corps des patientes précédemment mentionnées, ce sont aussi les discours durant la réalisation de l'EG sur lesquels notre intérêt se porte ici. Si l'examen se déroule parfois dans le silence, il est aussi divers sujets abordés durant l'EG comme des discussions autour du motif de la consultation, ou des conversations personnelles à l'initiative des professionnelles comme les enfants, le travail, les hobbys *etc*. Discuter d'autre chose que les gestes effectués permettraient de détourner l'attention de ces gestes, visant à nouveau la mise à distance de la possible connotation sexuelle de l'EG, entre autres.

Face à ce corps exposé et observé, et plus spécifiquement les parties génitales, les pratiques renvoient au fait de transmettre leurs observations aux patientes, afin notamment de les rassurer sur la « normalité » de leurs parties génitales.

Pendant l'examen, Nawel Bouzid fait beaucoup de retours à la patiente. Elle explicite ce qu'elle observe et rassure la patiente en commentant « tout à fait normal ». (CPEF du centre-ville – 11/01/2021)

Natacha Greco insère le spéculum et commente « au niveau du col, rien de particulier, tout est normal ». (SGO – 08/03/2022)

Pendant l'examen, Natacha Greco commente « c'est bon tout va bien ». La patiente, en riant, répond « ok ». (SGO – 24/05/2022)

En observant la vulve de la patiente, Anna Dembri indique « je vois rien d'anormal », « y a rien ». La patiente insiste en indiquant où elle voit des verrues. Anna Dembri la rassure : « Non c'est rien ».
La patiente : « Y a pas moyen que je prenne quand même rendez-vous chez le dermato ? »
Anna Dembri : « Oui si vous voulez ».
(Cabinet libéral – 24/06/2022)

Pendant l'examen au spéculum, Natacha Greco commente « effectivement, il est tout petit petit le col ». La patiente indique qu'elle savait qu'elle avait un vagin court mais qu'elle ne savait pour le col. (CGS – 06/07/2021)

Pour cette dernière, il s'agit de commenter les parties génitales de la patiente.

Si l'objet de l'EG sont les parties génitales, c'est aussi parfois le corps dans sa globalité, qui est observé et touché, comme les marqueurs physiques de la grossesse et l'accouchement, ou encore, certains attributs associés à la masculinité.

La patiente est installée sur la chaise gynécologique torse nu., Après la prise de tension et examen des seins, Sofia Royer lui fait également une palpation abdominale. Sofia observe une cicatrice sur le ventre de la patiente et demande ce que c'est, si elle a fait la césarienne en Algérie. La patiente répond non et indique que tous ses accouchements se sont passés en France. Elle précise que ce n'est pas la cicatrice de la césarienne mais d'une opération. La praticienne poursuit « ah parce que je sais qu'en Algérie ils font les césariennes à ce niveau ». Elle remarque l'autre cicatrice de la césarienne, faite en France et commente qu'« elle a été bien fait. ». (Centre de santé – 18/03/2021)

La patiente est allongée sur la chaise sur la chaise gynécologique torse nu. Après la palpation des seins, Sofia Royer demande à la patiente si elle a des varices et soulève le bas du pantalon de la patiente pour regarder ses jambes, sans demander. La patiente indique qu'elle n'en a pas (Centre de santé - 06/05/2021)

Lors de la palpation des seins, Nawel Bouzid observe la pilosité de la patiente au niveau du torse et des mamelons (la patiente exprimait un problème de pilosité lors de l'interrogatoire). Elle regarde et touche avec sa main au niveau du torse, du ventre et des seins. Elle commente à la patiente

« ça va », soit elle ne constate pas de pilosité excessive. La patiente indique qu'elle s'épile (CPEF du centre-ville – 19/04/2021)

In fine, si l'objet de l'EG est les parties génitales, par la nudité qu'il implique, qu'elle soit totale ou partielle, c'est l'ensemble du corps dans sa « féminité » qui est observé. Le corps féminin en tant qu'objet de pratique se retrouve alors parfois objet de discours.

6.3.4.4 La douleur et sa gestion

La problématique de la douleur à l'examen et sa gestion par les professionnelles est d'intérêt puisqu'elle est un enjeu pour les femmes. En effet, l'appréhension de la douleur et/ou l'expérience d'examens passés douloureux peuvent être des freins pour le recours au dépistage du CCU. Par ailleurs, nous avons vu dans le chapitre 5 que la non prise en compte de la douleur et la brutalité des praticien·ne·s étaient des éléments constitutifs des témoignages d'expériences de violences gynécologiques.

Tout d'abord, un point méthodologique se pose ici sur la perception de la douleur des patientes. En effet, le dispositif d'enquête déployé me permettait uniquement d'évaluer la présence ou non de douleur pour les patientes au travers de l'observable, soit par l'expression verbale ou non-verbale de douleur (*e.g.*, cris, expressions faciales). En cela, il est possible que des patientes aient eu mal mais n'aient pas exprimé de douleurs, que ce soit verbalement ou non-verbalement, sous-tendu par une possible banalisation et normalisation de la douleur des femmes. Cela a pu entrainer une sous-estimation des examens où les patientes ont fait l'expérience de douleur lors de l'EG. En outre, si parfois l'expérience de douleur était évidente (*e.g.*, « *ça fait mal* » ; exclamation de douleur), il est aussi des situations où la douleur perçue relève d'une situation incertaine tant de mon point de vue d'observatrice, que du point de vue des professionnelles. La question se pose alors sur comment les professionnelles évaluent, jaugent la douleur des patientes ?

Il nous faut également distinguer deux situations en rapport à la douleur et à l'EG. En effet, il est des situations où la recherche de la douleur est parfois l'objectif, voire la douleur peut être inévitable selon les problèmes de la patiente (*e.g.*, IST). À cet égard, la douleur liée à la pose de DIU paraît être particulièrement une « zone de tension » pour les praticiennes puisque j'ai pu observer que les poses étaient systématiquement douloureuses pour les patientes, pour autant, elles étaient parfois

présentées aux patientes comme non douloureuses ou faisant « *un peu mal mais pas insurmontable* ». Pour d'autres examens, l'EG n'est *a priori* pas supposé générer de douleur. Pour l'une ou l'autre de ces situations, nous nous intéresserons à la façon dont la douleur est appréhendée par les praticiennes, notamment avant l'examen ou avant l'expression de douleur, et sa gestion lorsque les patientes expriment de la douleur lors de l'EG.

6.3.4.4.1 Avant la douleur : minimiser ou prévenir ?

Avant l'examen, la douleur potentielle à l'examen n'est majoritairement pas mentionnée par les patientes ou les professionnelles. Lorsque c'est le cas, les pratiques professionnelles observées renvoient premièrement au fait de rassurer les patientes sur le fait que l'examen n'est pas douloureux, notamment lorsque celles-ci expriment de l'inquiétude.

> *Nawel Bouzid explique à la patiente le frottis, que « c'est pour toutes les femmes de 25 à 65 ans », à quoi ça sert, et que ça ne fait pas mal. Elle lui fournit des explications puis lui demande son accord pour l'examen. (CPEF du centre-ville – 19/04/2021)*

> *Juste avant d'insérer le speculum, la patiente demande « excusez-moi, est-ce que ça fait mal ? ». Stéphanie Bard répond « non ». (CPEF du centre-ville – 03/05/2021)*

Indiquer que l'examen n'est pas douloureux peut être une façon de minimiser la douleur potentielle à l'examen pour le rendre acceptable, et notamment pour le dépistage du CCU dans le premier extrait.

Deuxièmement, il s'agit de demander aux patientes, généralement avant de procéder à l'insertion du spéculum, d'exprimer si elles ressentent de la douleur pendant l'EG, sous tendant ici une potentielle reconnaissance que l'examen peut être douloureux.

> *Juste avant d'insérer le spéculum, Stéphanie Bard indique à la patiente « tel me if it hurts you » puis elle procède à l'insertion. (CPEF du centre-ville – 15/02/2021)*

> *Sofia Royer prépare les instruments, notamment le spéculum. Elle explique qu'elle va y aller doucement, pour pas que ça lui fasse mal et l'invite à se manifester si elle a mal : « J'y vais doucement, si vous avez mal, dites-le-moi, sinon je peux pas savoir ! ». (Centre de santé – 05/04/2022)*

À cet égard, cette demande peut également être une façon de prévenir la

patiente de l'insertion du spéculum. Demander aux patientes d'indiquer si elles ressentent de la douleur est aussi une pratique fréquemment observée durant l'EG (*e.g.*, demander régulièrement si « *ça va ?* »). En cela, la douleur et son expression peuvent relever d'une situation d'incertitude puisque les patientes peuvent ne pas l'exprimer. Cette pratique serait alors une façon de palier à cette incertitude en posant les conditions facilitant l'expression de douleur ou son absence.

De façon spécifique aux poses de DIU, les pratiques peuvent être de donner des conseils pour préparer la pose comme la prise de médicaments antispasmodiques, de prendre rendez-vous pendant les règles, ou dans certains cas, d'indiquer qu'il est possible d'arrêter la pose à tout moment.

> *Nawel Bouzid indique à la patiente que la pose risque de faire mal mais que la patiente n'est « pas là pour souffrir donc si ça fait trop mal, on arrête ». (CPEF du centre – ville – 18/10/2020)*
> *Pendant que Natacha Greco prépare les instruments, elle dit à la patiente que « on va essayer mais je vais pas vous torturer » puis « j'ai pas envie de vous charcuter, si on y arrive pas, on y arrive pas ». Elle précise bien à la patiente qu'elle va essayer mais que si c'est trop douloureux, elle arrêtera. La patiente acquiesce. (CGS – 20/08/2021)*

Si la pose de DIU est parfois présentée comme peu ou pas douloureuse, ces extraits attestent tout de même que la pose de DIU est reconnue comme étant douloureuse, voire très douloureuse (*e.g.*, emploi des termes « *torturer* » ; « *souffrir* »).

Enfin, de façon singulière, prévenir la douleur et rassurer la patiente s'est manifesté par le mensonge :

> *Avant l'insertion du spéculum, Sofia Royer précise à la patiente « j'ai pris un petit spéculum » pour que ça se passe mieux, et commente « je suis pas totalement méchante (rire) ». En l'occurrence il s'agit du spéculum vert, qui est un grand spéculum (taille L). (Centre de santé – 05/04/2022)*

6.3.4.4.2 Quelle gestion face à l'expression de douleur ?

Arrêtons-nous maintenant sur les situations où les patientes ont exprimé de la douleur de façon spontanée ou suite à la demande des professionnelles. Quatre configurations, non-exclusives, se dessinent de l'analyse des consultations, à savoir : donner des conseils à la patiente, s'excuser, modifier ses pratiques, et l'absence de réactions.

Sofia Royer prévient « je vais ouvrir le spéculum. » et s'exécute, puis « Je vous fais mal ? » la patiente « un peu, c'est sensible, mais pas désagréable, pas mal ». La praticienne procède au prélèvement (frottis). La patiente pousse un « aouh ! » de douleur. Sofia Royer explique que c'est « normal » que ça fasse mal, que ça va vite passer. Elle lui explique pourquoi elle a mal et lui indique « soufflez » que « je peux rien faire » pour qu'elle ait moins mal. Elle termine le prélèvement. (Centre de santé – 05/04/2022)

La patiente s'installe sur la chaise. Elle est gênée, crispée. Elle tire son t-shirt et mets ses mains pour se cacher. Sofia Royer lui demande de s'avancer sur le bord de la chaise. Elle explique ce qu'elle fait et indique qu'elle met du gel sur le spéculum pour qu'elle ait moins mal. Lors de l'insertion du speculum, la patiente est tendue, elle se contracte, elle a mal. La praticienne lui dit « détendez-vous, respirez, vous êtes contractée ». Elle lui dit qu'elle va ouvrir le speculum et que ça peut être plus douloureux. Effectivement la patiente a mal, elle émet des gémissements de douleurs. La patiente ayant mal et étant trop contractée, Sofia ne peut pas observer correctement. Elle retire le spéculum et indique à la patiente qu'elle prend un plus petit speculum en expliquant que ce sera moins douloureux. (Centre de santé – 07/01/2021)

En ce qui concerne les conseils aux patientes, il s'agit principalement d'indiquer aux patientes de respirer calmement et de se détendre. Pour les modifications de pratiques, il est question de changer de spéculum pour un plus petit ou encore de faire une pause dans l'examen et le reprendre quand la patiente indique être prête. Enfin, l'expression d'excuses ou l'emploi de termes comme « *embêter* » révèlent qu'en tant que professionnelle, générer de la douleur est une situation inconfortable.

La patiente a mal et l'exprime verbalement/non verbalement (réactionnel). Sofia Royer dit ***« excuse-moi »*** *puis elle conseille à la patiente « souffle bien », « essaye de te détendre, souffle bien ». Elle attend puis demande « ça te fait toujours mal ? ». La patiente répond « ça va ». Avant de faire le prélèvement (frottis), la praticienne indique « détends toi, essaye de souffler ». Elle fait le prélèvement, la patiente a mal****. La praticienne commente « je suis obligée de faire le prélèvement... », elle semble gênée par la situation, gênée de la douleur provoquée****. Elle termine le prélèvement. (Centre de santé – 05/04/2022)*

Sans prévenir, Anna Dembri procède à l'insertion du spéculum. La patiente exprime de la douleur. La praticienne indique ***« je suis peut-être allée un peu vite, pardon ».*** *Elle dit qu'elle va faire le prélèvement en demandant à la patiente de « me dire si ça fait mal ». La patiente a mal****. Anna s'excuse de « l'embêter ».*** *Elle finit le prélèvement et retire le spéculum. (Cabinet libéral – 24/06/2022)*

*Sofia Royer réalise le frottis pour le dépistage du CCU. La patiente a mal. La praticienne commente « **je vous embête, c'est bientôt fini** ». (Centre de santé – 18/03/2021)*

Certaines formulations employées par les professionnelles laissent sous-entendre que la douleur est inévitable et s'accompagnent de la précision « *c'est bientôt fini* ». En cela, dans ces situations d'inconfort où la douleur est présente, l'importance accordée à l'examen, et notamment au frottis, couplée à la rapidité du geste, prennent le pas sur la douleur des patientes.

Enfin, il est des situations où les praticiennes n'ont aucune réaction observable face à l'expression de douleur de patiente et poursuivent l'examen. Cette absence de réaction peut relever de l'inconfort, mais aussi de l'indifférence.

Si différentes stratégies semblent être mises en place pour signifier que la douleur des patientes est considérée et/ou prise en compte, il n'a jamais été observé un arrêt de l'examen. En cela, si la douleur est prévenue et considérée, elle semble aussi banalisée, contribuant alors à une normalisation de la douleur liée à l'EG. Le rapport à la douleur à l'EG et sa gestion se révèlent ainsi source de tension pour les praticiennes, que ce soit au niveau des pratiques mises en place mais aussi vis-à-vis des valeurs qui sous-tendent l'identité professionnelle. À cet égard, les poses de DIU semblent être un cas particulièrement illustratif des enjeux liées à la douleur en consultation gynécologique.

Entre deux consultations, j'échange avec Stéphanie Bard à propos du DIU. Elle me raconte qu'elle le pratique depuis des années mais qu'elle a toujours du mal à se dire que c'est douloureux. Je lui exprime que j'ai l'impression que c'est souvent douloureux. Elle me dit « oui c'est vrai, mais ça ne devrait pas ». (CPEF du centre-ville – 01/02/2021)

6.3.4.4.3 Des variabilités dans la gestion de la douleur ?

Les pratiques professionnelles liées à la gestion de la douleur se trouvent assez similaires pour une même professionnelle, soulignant à nouveau la dimension ritualisée du déroulé de l'examen. Il est tout de même quelques variabilités intra-individuelles laissant supposer l'existence de facteurs pouvant influencer la prise en compte et la gestion de la douleur des patientes lors de l'EG.

Tout d'abord, la prise en compte de la douleur et sa gestion semblent notamment dépendre du type d'actes réalisés sur les patientes, avec la pose de DIU

faisant l'objet d'une attention particulière au regard de la douleur qu'elle paraît générer (*e.g.*, conseils aux patientes, faire des pauses *etc.*). Pour d'autres, comme le frottis, la rapidité du geste couplée à l'importance accordée au dépistage du CCU semblent prévaloir.

Outre le type d'actes réalisés, ce sont également les caractéristiques psychosociales des patientes qui semblent saillantes.

> *Avant d'aller chercher la patiente suivante, Sofia Royer m'informe qu'il s'agit d'une patiente qu'elle a rencontré lors d'ateliers sur la santé des femmes. La patiente est blanche. Elle consulte pour le dépistage du CCU. Après l'interrogatoire, vient le moment de l'examen. La praticienne prépare le spéculum (vert) et ne met pas de gel lubrifiant dessus mais le mouille à l'eau. Elle dit à la patiente « détendez-vous, soufflez bien » et « si ça fait mal, vous me dites, on arrête et on reprend doucement ». Elle continue « détendez-vous, vous me dites ». Elle procède à l'insertion et prévient. La praticienne demande « ça fait mal ? », la patiente répond « un petit peu ». En riant, Sofia commente qu'elle a vu car ça s'est contracté. La patiente s'exclame en riant « ah j'ai mal ». La praticienne indique « allez-y, soufflez ». Elle fait une pause et attend que la patiente souffle bien. Elle continue, « ça fait mal ? », la patiente acquiesce. Sofia retire le spéculum et indique « on va trouver une solution. Je vais essayer avec un tout petit au risque que je vois rien ! ». Elle jette le spéculum vert et prend un spéculum blanc qu'elle mouille. Avant de procéder à l'insertion « détendez-vous, soufflez ». Elle insère le spéculum puis « ça va ? », la patiente répond « ouais impeccable ». La praticienne n'arrive pas à bien voir le col. Elle dit à la patiente « mettez vos poings sous les fesses pour lever le bassin ». La patiente le fait. Sofia demande à nouveau « je vous fais mal ? », la patiente répond « non pas du tout, c'est plus de la gêne. ». La praticienne arrive à voir le col de l'utérus et commente « ah je pensais pas ! » (y arriver avec le petit). Elle demande à nouveau si elle a mal. La patiente répond « non pas du tout ». La praticienne commente « parce que y en a qui craignent ». En procédant au prélèvement, Sofia demande « là ça fait mal ? ». La patiente indique « un petit peu, ça gêne plus que ça fait mal ». L'examen se termine. (Centre de santé – 16/06/2022)*

Durant cette consultation, la praticienne paraît faire preuve d'une attention particulière à la patiente et sa douleur, attention qui s'est manifestée à la fois par des demandes régulières, des conseils et des modifications des pratiques (i.e., changement de spéculum, pause). Au regard des autres consultations dans ce centre et des caractéristiques des patientes, il était question d'une patiente blanche et qui ne

semblait pas avoir l'habitude de consulter dans ce type de structures[81]. À cela, il était aussi question d'une patiente ayant exprimé durant la consultation avoir vécu des violences et témoignant d'une forte appréhension de l'EG, expression possiblement sous-tendue par une certaine proximité avec la praticienne (i.e., tutoiement, conversations personnelles).

Voici ci-dessous une différente illustration :

> *Nous sommes trois personnes présentes dans la salle de consultation assez exiguë : Inès Taleb, Laura Prévot, et moi-même. Inès va chercher la première patiente, qui vient pour un retrait d'implant et un frottis. La patiente est noire, porte le hijab, immigrée du Soudan et a quelques notions de français. Après l'interrogatoire[82], vient le moment de l'examen (réalisation du frottis). La patiente se déshabille dans l'espace dédié, séparé par un paravent. Inès est présente dans l'espace et prépare les instruments pour réaliser le frottis. La patiente s'installe sur la chaise gynécologique, pieds dans les étriers. Inès et Laura sont toutes deux face à la patiente exposée. Elles échangent entre elles. Sans prévenir et toujours en discutant avec sa collègue, Inès insère le spéculum. La patiente gémit, elle semble avoir mal. Inès poursuit l'examen en commentant : « je vous fais un petit prélèvement ». À plusieurs reprises la patiente indique avoir mal, verbalement et non-verbalement. Les deux internes poursuivent leurs échanges entre elles sans montrer d'attention à la patiente. Une fois le prélèvement terminé, Inès indique « voilà, fini ». La patiente se rhabille, toujours en présence des deux internes. La consultation se poursuit avec le retrait d'implant pour lequel Inès parait davantage s'inquiéter de la douleur de la patiente puisqu'elle lui demandera à plusieurs reprises « ça va, je vous fais pas mal ? ». (CGS – 06/07/2021)*

Durant cette consultation, les deux internes semblent faire preuve d'une indifférence envers la patiente et ses expressions explicites de douleur, soulignant ici une forme de déshumanisation sur fond de préjugés raciaux (Hoffman et al., 2016; Maina et al., 2018). Ainsi, les deux extraits présentés ici questionnent sur l'influence des caractéristiques (psycho-)sociales des patientes sur la gestion et la prise en compte de la douleur et sa minimisation en consultation gynécologique.

---

[81] En effet, en fin de consultation, elle a demandé à la praticienne comment elle réglait la consultation, seule et unique fois que j'ai observé cela dans ce centre.

[82] Pour rappel, durant l'interrogatoire Inès a demandé à la patiente si elle a déjà vécu des violences. Face à l'incompréhension de la patiente, Laura était intervenue dans l'échange en « mimant » alors les violences en tapant du poing dans sa main en commentant « à la maison ? ». La patiente avait répondu un « non » ferme.

6.4 Synthèse et ouverture

Une enquête par observations directes de consultations gynécologiques (n = 112) sur six lieux médicaux a été mise en place afin d'explorer les logiques sociales et symboliques à l'œuvre en consultation gynécologique, notamment en contexte de précarité. Notre regard s'est porté sur différents axes émergeant des analyses : la logique préventive en consultation, les savoirs mobilisés et les différentes pratiques observées au cours de l'enquête. Une synthèse de l'ensemble des résultats est présentée ci-dessous selon trois axes : (1) la logique préventive au prisme d'un gradient social, (2) la consultation gynécologique comme lieu d'expression de discours symptomatiques des rapports sociaux de genre et (3) les pratiques liées à l'EG : entre ritualisation, fluctuation et transformation

6.4.1 La logique préventive au prisme d'un gradient social

La logique préventive sur laquelle repose le suivi gynécologique s'exprime en consultation à travers la régularité des examens, dont le dépistage du CCU, supposant une surveillance et un contrôle annuel des parties génitales des femmes par les professionnel·le·s de la gynécologie. Concernant plus spécifiquement le dépistage du CCU, il paraît reposer majoritairement sur le dépistage spontané plutôt que sur le dépistage organisé. Par ailleurs, les cas où la réalisation de dépistage est à l'initiative des patientes sont minoritaires. Les professionnel·le·s de la gynécologie jouent alors un rôle prépondérant dans la réalisation régulière et le suivi du dépistage du CCU.

Au regard des analyses présentées, les pratiques sociales et professionnelles qui sous-tendent cette logique semblent s'exprimer sensiblement au prisme d'un gradient social. En d'autres termes, les pratiques des patientes et des professionnelles apparaissent socialement différenciées en fonction de la position des femmes dans l'espace social. Tout d'abord, cette position se révèle comme condition des soins auxquelles les patientes ont accès, comme le fait d'avoir un suivi avec une même professionnelle ou encore les conditions matérielles de prise en charge. Elle semble également contribuer au parcours gynécologique des patientes puisque la répartition des motifs de consultation semble varier en fonction des terrains de recherche, soit selon la spécificité des services proposés et de la patientèle consultante. Cette position sociale influence alors le type de suivi (*e.g.*, consulter quand nécessité ou consulter

par prévention), puisque consulter dans une visée de prévention en matière de santé semblent être davantage associé à des femmes situées en haut de la hiérarchie sociale, comme observé en cabinet libéral. Pour les autres terrains, le parcours gynécologique semble faire l'objet de pauses et de reprises en fonction des besoins des patientes (i.e., contraception, problème gynécologique), nécessitant de consulter en gynécologie avec des professionnel·le·s, souvent inconnu·e·s. En cela, avoir un·e professionnel·le de la gynécologie « attitré·e » qui suit l'entièreté ou une grande part du parcours gynécologique, et consulter dans une visée de prévention en matière de santé semblent être davantage associés à une patientèle favorisée.

Dès lors, les pratiques professionnelles mises en place pour s'assurer et maintenir le suivi gynécologique et la réalisation de dépistage régulier se trouvent tributaires des contextes de consultation, et en cela, des patientes rencontrées. Il peut s'agir en cabinet libéral d'éviter un « sur-dépistage » des patientes et d'un recours considéré comme trop fréquent à la consultation gynécologique. Inversement, dans les autres contextes, il est davantage question de rattacher les patientes au suivi gynécologique régulier et annuel. Investiguer le parcours gynécologique des femmes peut être une façon d'évaluer le degré d'intériorisation de la norme gynécologique des patientes, tout en étant un rappel de cette norme. Les pratiques sont alors fonction de cette évaluation visant soit à initier ou à consolider la logique préventive en gynécologie. À cet égard, les jugements exprimés en consultation quant au statut de la « bonne » patiente permettraient une valorisation de celles s'inscrivant dans la norme gynécologique. En cela, ils peuvent revêtir une fonction sociale de renforcement des pratiques de recours des patientes. Pour les « mauvaises » patientes, les pratiques revêtissent une fonction de socialisation à la norme gynécologique et son intériorisation. Cela amène alors parfois à des postures et des pratiques professionnelles visant à enjoindre les femmes à consulter.

6.4.2 La consultation gynécologique comme lieu d'expression de discours symptomatiques des rapports sociaux de genre

En tant que médecine des femmes ayant pour objet les parties génitales, nous avons constaté que la consultation gynécologique peut être le lieu de l'abord de différentes thématiques autour du corps des femmes, de leur sexualité ou encore de leur condition sociale. Il émerge en consultation différents systèmes de

représentations au travers des interactions soignante-soignée et visant à répondre à l'objectif de la situation. La question de la sexualité en est une illustration saillante puisqu'une représentation de la sexualité féminine sous l'angle du médical et du pathologique est constatée en consultation. En fonction du motif de consultation, c'est également une sexualité hétéronormée, pénétrative, conjugale et sous le primat de sa fonction reproductive qui est mobilisée et contribue à la prescription des comportements sexuels des patientes par les professionnelles.

Par ailleurs, si la gynécologie et la consultation gynécologique se nourrissent et reproduisent des rapports sociaux de genre par une surveillance et un contrôle sur le corps des femmes, les conditions de la relation peuvent permettre l'émergence de discours quant à la condition sociale de femme. En effet, certaines patientes ont pu se saisir de cet espace pour exprimer, souvent sous l'angle de l'expérience subjective et individuelle, de diverses expériences liées aux inégalités hommes-femmes, ou encore à des mauvaises expériences en gynécologie-obstétrique. Nous pouvons nous questionner quant aux effets que l'abord d'expériences négatives passées liées au milieu médical, et plus particulièrement à la gynécologie, peuvent avoir sur la relation immanente entre praticienne et patiente ainsi que sur les pratiques professionnelles mises en place. En effet, en partageant leurs (mauvaises) expériences passées, les éléments relatés peuvent être informatifs des attentes des patientes quant aux professionnelles de santé et leur consultation gynécologique. Par ailleurs, l'enjeu des violences gynécologiques se pose, et notamment comment professionnel·le·s et femmes se représentent les pratiques et expériences consistant en des violences.

6.4.3 Les pratiques liées à l'examen gynécologique : entre ritualisation, fluctuation et transformation

Les pratiques professionnelles qui sous-tendent la logique préventive s'articulent avec celles liées à l'EG, soit les explications, le consentement, la nudité et sa gestion, et la douleur et sa gestion, notamment dans leur fonction commune de gestion de l'intime en consultation. En effet, si l'objectif est une socialisation et internalisation de la norme gynécologique, l'enjeu est alors de rendre acceptable l'examen, en amont, au temps de l'examen, mais aussi pour les examens futurs.

L'analyse des différentes pratiques présentées tout au long de notre exposé

nous permet tout d'abord d'attester de la dimension ritualisée du déroulé de la consultation gynécologique et de l'EG. En cela, comme l'a montré Guyard (2002), la consultation gynécologique présente une structuration spatio-temporelle qui s'accompagne d'une ritualisation du déroulé et des interactions selon un ensemble de règles visant notamment la mise à distance et la neutralisation de la dimension sexuelle et intime. Si cette ritualisation du déroulé permettrait pour les patientes de procurer un sentiment de maîtrise de la situation, encore faut-il qu'elles soient en mesure de comprendre ces règles, questionnant alors la problématique de la barrière de la langue en consultation gynécologique. Par ailleurs, souvent exprimé de façon implicite, cet ensemble de règles semble reposer sur deux présupposés : d'une part, la patiente a déjà eu un EG et en a compris le déroulé ; et d'autres part, toutes les consultations gynécologiques se déroulent de la même façon.

À cet égard, des différences entre professionnelles ainsi que des ruptures de cette ritualisation pour une même professionnelle ont pu être relevées. Les pratiques professionnelles s'avèrent également l'objet de fluctuation permettant de soulever l'influence de différents niveaux de facteurs dans le déroulé de la consultation gynécologique. Des modulations dans les pratiques professionnelles émergent selon de multiples facteurs psychosociaux : les caractéristiques psychosociales des patientes (*e.g.*, les origines socio-culturelles, la « bonne » patiente) ; les valeurs personnelles/professionnelles (*e.g.*, féminisme) et institutionnelles (*e.g.*, lutte contre les inégalités sociales de santé), la relation soignante-soignée, les représentations de la maternité, de la sexualité et de la féminité. La question de la douleur à l'EG et sa gestion par les professionnel·le·s en est me semble-t-il une illustration saillante. Nous avons par exemple constaté que la prise en compte de la douleur et sa gestion semblent dépendre du type d'actes réalisés sur les patientes, avec la pose de DIU faisant l'objet d'une attention particulière au regard de la douleur qu'elle paraît générer. Pour d'autres, comme le dépistage du CCU, la rapidité du geste couplée à l'importance accordée au dépistage et à la prévention semblent prévaloir. Par ailleurs, sur toutes les consultations où les patientes ont exprimé de la douleur, il n'a jamais été observé un arrêt d'examen. En cela, la douleur à l'EG paraît être normalisée en ce que « ses manifestations sont acceptées comme une partie intégrante de la consultation gynécologique, voire de l'existence féminine » (Koechlin, 2022b, p. 231). Si la douleur

est *apriori* condition de l'expérience corporelle féminine, sa gestion et sa prise en compte par les professionnelles peuvent en revanche faire l'objet de modulations selon les caractéristiques psychosociales des patientes. Ce constat sur la douleur rejoint les observations faites par Koechlin (2022b), où le degré de minimisation de la douleur des patientes semble varier en fonction des caractéristiques sociales de celles-ci. À partir des éléments pointés, il convient d'approfondir la problématique de la douleur et de sa gestion en consultation gynécologique, notamment en questionnant la façon dont les professionnel·le·s se représentent la douleur à l'EG et leurs pratiques professionnelles ou encore, ses liens avec les représentations de la féminité mais aussi avec la problématique des violences gynécologiques.

Si les pratiques sont ritualisées et fluctuantes, les analyses interrogent également sur une transformation plus globale des pratiques professionnelles en gynécologie. En effet, ces dernières sont à resituer dans un contexte social plus large avec une évolution du modèle relationnel en médecine et au regard de la médiatisation des violences gynécologiques. À cet égard, la gestion de la nudité et du déshabillage semble avoir fait l'objet d'évolution au cours des dernières décennies. Cette évolution des pratiques se traduit notamment par l'arrêt de la demande/indication de déshabillage intégral des patientes afin d'éviter qu'elles se retrouvent entièrement nues sur la chaise gynécologique. La demande du consentement à l'examen apparaît quant à elle une pratique plutôt minoritaire. Par ailleurs, nous avons vu que les formes de consentement ne peuvent se résumer à une demande explicite ou l'absence de demande en amont de l'examen, puisqu'oblitérant les dynamiques relationnelles et les enjeux propres aux actrices de la situation, praticienne et patiente. C'est aussi possiblement une évolution des pratiques professionnelles observées dans un contexte *post* « *#metoo* » ayant permis une importante visibilisation des violences sexistes et sexuelles. En cela, si la gynécologie a fait l'objet d'un intérêt dans la littérature en sciences sociales dans son rôle dans la médicalisation de la sexualité des femmes, les analyses présentées questionnent sur l'avènement d'une médicalisation des violences en gynécologie qui s'exprime par le dépistage des violences en consultation. Dans le cadre de la relation soignée-soignée, ces pratiques de dépistage des violences font émerger de multiples questionnements, comme la façon de demander ? Faut-il en faire une pratique systématique ou non ? Et en

fonction, sur la base de quels indicateurs ? Comment mettre en place un climat relationnel favorisant l'expression des patientes dans ce contexte singulier ? Dans quels buts : pour la pratique de l'EG ou pour un accompagnement des patientes ? Et aussi avec quels effets sur les professionnelles et les patientes ?

Cette étude comporte plusieurs limites qu'il nous faut souligner. Concernant le dispositif d'enquête, la situation de précarité des patientes a été principalement appréhendée à partir de leur niveau d'étude et le fait d'avoir un emploi ou non. Considérant la notion de précarité comme sociale et multidimensionnelle, il aurait été pertinent de prendre en compte d'autres indicateurs, tel le score EPICE. De plus, si une approche comparative en fonction des terrains de recherche a été considérée pour explorer les enjeux liés aux inégalités sociales de santé face au dépistage du CCU, il en reste que peu d'observations en cabinet libéral ont été effectuées, et cela, avec une seule professionnelle. Par ailleurs, le dispositif d'enquête déployé ne permettait pas de recueillir le discours des patientes participantes sur leur vécu de la consultation observée, ni des informations sur leur parcours gynécologique, limitant ainsi le processus analytique et interprétatif de l'enquête.

Chapitre 7. Parler de l'examen gynécologique : une enquête par entretiens semi-directifs

Le chapitre précédent avait pour objet les interactions soignant·e-soignée, les savoirs mobilisés, et les pratiques liées à l'examen gynécologique (EG) et au dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) en milieu réel par une enquête par observation directe de consultation gynécologique. Déplaçons une dernière fois l'angle de prise de vue pour finaliser notre parcours pluri-méthodologique. Il s'agit maintenant de s'intéresser aux expériences, pratiques liées à l'EG et leurs mises en sens pour des professionnel·le·s de la gynécologie et des femmes par une enquête par entretiens semi-directifs. Après avoir rappelé les objectifs de cette étude, la section méthode vise à rendre compte de l'opérationnalisation de l'enquête. Les résultats du point de vue des professionnel·le·s seront présentés puis discutés, avant d'exposer les résultats du point de vue des femmes et de les discuter.

7.1 Rappel des objectifs

Il s'agit d'analyser les expériences liées à l'EG et les systèmes de représentations mobilisés pour le penser par les différents acteur·rice·s de la relation : professionnel·le·s de la gynécologie exerçant en contexte de précarité ou non, et femmes, en situation de précarité ou non. Plus précisément, il est question d'analyser la façon dont ces systèmes de représentations vont donner sens aux pratiques et aux expériences subjectives et sociales liées à l'EG et au dépistage du CCU.

7.2 Méthode

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès professionnel·le·s de santé pratiquant l'EG et de femmes. Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique avec la mise en place d'une triangulation des analystes. Cette recherche a reçu un avis favorable du comité d'éthique d'Aix-Marseille Université (n° 2022-04-14-015) (voir Annexe 13).

7.2.1 Recueil des données

7.2.1.1 Le guide d'entretien

Le guide d'entretien (voir Annexe 14) visait à recueillir des informations sur les savoirs sociaux mobilisés pour penser l'EG et le dépistage du CCU. Plus précisément, ce guide cherchait à explorer les pratiques et expériences de l'EG des femmes et des praticien·ne·s, et comment ces dernières sont mises en sens à partir d'un ensemble de connaissances partagées (*e.g.*, représentations de l'intime, de la féminité et de la sexualité, *etc.*). Se voulant ouverte et générale, la consigne initiale était formulée de la sorte : « Quels sont les quatre premiers mots ou expressions qui vous viennent à l'esprit lorsque je vous dis examen gynécologique ? », laissant aux participant·e·s la possibilité d'évoquer ce qu'ils ou elles souhaitaient. Dans une visée de compréhension des enjeux qui s'actualisent dans la relation soignant·e-soignée, nous cherchions également à recueillir leur perception de l'expérience de l'EG du point de vue de l'autre protagoniste de la relation.

7.2.1.2 Auprès des professionnel·le·s de santé

7.2.1.2.1 Stratégie de recrutement

Concernant les praticien·ne·s, les critères d'inclusion étaient d'avoir une pratique de l'EG et du dépistage du CCU, et d'exercer en région PACA.

À partir des contacts établis lors de l'enquête par observation, l'entretien a été proposé aux praticiennes. Un échantillonnage par effet « boule de neige » a été mis en place, afin d'accéder à davantage de praticien·ne·s et visant une diversification des contextes de pratique (*e.g.,* exercice en cabinet libéral). Il est à noter que dès le départ, par l'échantillonnage « boule de neige », la majorité des professionnelles participantes, médecins ou sage-femmes, m'a orientée vers des sage-femmes. J'ai par la suite adapté ma demande en précisant que je recherchais davantage des médecins, généralistes ou gynécologues. En outre, une praticienne participante, médecin généraliste spécialisée en gynécologie, s'est particulièrement investie dans le projet de recherche, que ce soit pour m'orienter vers des professionnelles ou des structures accueillant des femmes. Elle a ainsi été une informatrice privilégiée[83]. Son

[83] En anthropologie, des chercheurs ont particulièrement insisté sur le rôle clef et la fonction que certain·e·s acteur·rice·s rencontré·e·s sur le terrain pouvaient tenir (*e.g.,* Crapanzano, 1980). À cet égard, la relation entre enquêteur·rice et informateur·rice ne peut être catégorisée ni comme

réseau mais aussi ses valeurs et représentations quant à mon objet de recherche ont donc influencé le recrutement.

7.2.1.2.2 Procédure et contexte de production

À partir des contacts établis, 33 professionnel·le·s de santé ont été contacté·e·s. Une annonce a également été diffusée sur une liste de gynécologues médicaux·ales de la région PACA par une participante aux entretiens et un centre de prise en charge et d'accompagnement de femmes vulnérables et victimes de violence a été contacté. Les praticien·ne·s étaient invité·e·s à participer à un entretien portant sur l'examen gynécologique, comment il était perçu, vécu, dans le cadre d'une étude en sciences sociales. Le cadre de l'entretien était également précisé (e.g., garantie de l'anonymat, liberté d'expression, enregistrement audio, durée de l'entretien, etc.). Sur la totalité des personnes contactées, 16 ont répondu positivement à ma demande, soulignant les difficultés d'accès à cette population. Les refus se sont majoritairement exprimés par une absence de réponse et quelques personnes m'ont répondu manquer de temps.

Les entretiens ont été réalisés entre mai 2022 et mars 2023. À cet égard, nous noterons que les recommandations pour la pratique de l'examen pelvien ont été publiées en 2023 (Deffieux et al., 2023). Les entretiens ont été réalisés par moi-même et se sont déroulés pour 14 d'entre eux aux bureaux des participant·e·s et deux à leur domicile. Deux entretiens ont dû être arrêtés en cours de déroulement du fait de l'emploi du temps des professionnel·le·s, deux autres se sont réalisés pendant leur pause déjeuner. Avant de débuter l'entretien, je rappelais à l'aide d'une notice d'information les objectifs et le cadre de l'entretien (e.g., garantie de l'anonymat, liberté de parole, enregistrement audio, possibilité d'arrêter à tout moment). Au regard des précédentes réflexions sur le recueil de consentement (voir chapitre 5), les participant·e·s étaient invité·e·s à donner leur accord oral, sans forcément remplir et signer la feuille de consentement. À la fin de l'entretien, les professionnel·le·s étaient invité·e·s à remplir un questionnaire visant à recueillir des données socio-démographiques et sur leur exercice professionnel (voir

professionnelle, ni comme personnelle, mais dans un entre-deux permettant sous une forme relationnelle particulière de faire advenir les choix de l'enquête (*e.g.*, orientation vers des lieux).

Annexe 15).

Le contexte actuel de médiatisation de dénonciation de violences gynécologiques est ici à rappeler puisque pouvant influer sur la production des discours. Face à la potentielle menace quant à l'identité professionnelle que peut représenter la dénonciation de violences, des discours pouvaient parfois transparaître de la désirabilité sociale et/ou des formes de réactions défensives et revendicatrices. Accepter de participer aux entretiens peut alors être une façon de « montrer l'exemple » ou encore de se poser comme « porte-parole » d'un corps professionnel. Je mentionnerai à titre illustratif un entretien réalisé avec un gynécologue-obstétricien, de 70 ans, m'accueillant chez lui pour l'entretien. Dès mon arrivée à son domicile, il me fait part que parmi toutes les demandes de participation à des recherches qu'il reçoit, mon annonce a attiré sa curiosité. C'est pourquoi il m'a répondu positivement malgré qu'il soit débordé et ne prend généralement pas le temps de répondre à ce type de demande. Avant de débuter l'entretien, il m'exprime spontanément son aberration face à l'affaire Tenon et les accusations portées à l'encontre de ce professionnel, notamment les qualifications de « viol » et « viol en réunion » par certaines « avocates féministes », dont il me parlera à nouveau durant l'entretien. En cela « le sujet ne construit plus uniquement un discours pour un alter en particulier, mais qu'il investit la situation de l'entretien comme une tribune du haut de laquelle il s'adresse alors au monde, aux autres en général. » (Haas & Masson, 2006, p. 80).

La durée moyenne des 16 entretiens est de 67.76 minutes, allant de 46.03 à 126.4 minutes (SD = 21.58). Avec l'accord des participant·e·s, les entretiens ont été enregistrés. Il on fait l'objet d'une retranscription par une assistante de recherche externe, puis d'une relecture avec écoute des audios par moi-même ou une ingénieure d'étude[84] pour d'éventuelles corrections.

[84] L'obtention d'un financement de soutien à la recherche avec le Canceropole PACA a permis de faire appel à une assistante de recherche externe pour la retranscription des entretiens, l'achat de la licence pour le logiciel NVivo, et le recrutement d'une ingénieure d'étude, Angela Zeller, avec qui j'ai analysé les entretiens dans une perspective de triangulation (voir section 7.2.2 Démarche d'analyse des entretiens)

7.2.1.3 Auprès des femmes

7.2.1.3.1 Stratégie de recrutement

Auprès des femmes, les critères d'inclusion étaient les suivants : majeure, maîtrise de la langue française, recours ou non aux soins gynécologiques et en situation de précarité ou non. Initialement, nous recherchions des participantes sans antécédents gynécologiques graves (*e.g.*, cancer du col de l'utérus, hystérectomie). Néanmoins, le dispositif de recrutement mis en place et les difficultés d'accès à la population ont fait que j'avais peu de contrôle sur l'ensemble de ces variables, reflétant les aléas de l'enquête *in situ*. C'est parfois au cours de l'entretien que les participantes me faisaient part de leur historique gynécologique (*e.g.*, hystérectomie suite à un cancer du col de l'utérus).

Afin de diversifier les profils des femmes et leur recours aux soins gynécologiques ou non, nous cherchions à diversifier les lieux de recrutement par la prise de contact avec des structures sociales et des associations situées à Marseille.

7.2.1.3.2 Procédure et contexte de production

Six coordinatrices enfance-famille de différents centres sociaux de Marseille ont été contactées et une annonce a été diffusée sur une liste de coordination enfance-famille de centres sociaux de Marseille. Quatre associations relatives à la santé et/ou en contexte de précarité ont également été contactées. Une annonce a été diffusée par une infirmière auprès d'un groupe de femmes participant à des ateliers d'une structure médico-sociale. La mise en contact avec les différentes structures s'est majoritairement faite grâce à l'informatrice privilégiée précédemment mentionnée et une coordinatrice enfance-famille d'un centre social. Enfin, j'ai pu être présente dans un CPEF de Marseille. La recherche était présentée comme un entretien portant sur l'examen gynécologique, comment il était perçu, vécu, dans le cadre d'une étude en sciences sociales. Le cadre de l'entretien était également précisé (*e.g.*, garantie de l'anonymat, liberté d'expression, enregistrement audio, durée de l'entretien, *etc.*)

Concernant les refus, pour certaines structures, il était question d'une absence de réponse, voire d'une redirection vers d'autres lieux. La coordinatrice enfance-famille rencontrée a pu me faire part des tensions traversant le secteur social, entre manque de moyens financiers et manque de temps, pouvant expliquer ces absences de

réponses. Pour d'autres, des problèmes de faisabilité des entretiens se sont posés. Par exemple, lors d'une rencontre avec une des membres salariés d'une association de Marseille, il est apparu rapidement que les conditions de rencontre avec les femmes étaient peu propices à la réalisation d'entretiens de recherche puisqu'il était question d'ateliers parent-enfant, dont l'objectif était que les parents jouent avec leurs enfants et rencontrent d'autres parents pour lutter contre l'isolement parental. Néanmoins, cela a permis tout de même de réaliser un entretien : la personne rencontrée se proposa d'elle-même de participer. À cet égard, l'entretien réalisé ici, provoqué dans une certaine mesure par la participante, a pris la forme particulière d'un témoignage.

Un entretien s'est réalisé par un contact personnel. En collaboration avec la coordinatrice enfance-famille d'un centre social de Marseille, quatre entretiens ont été réalisés. À cet égard, la coordinatrice a fait office de relai entre moi-même et les participantes, participantes qu'elle avait « présélectionnées » selon sa perception de ces dernières et de mon objet de recherche. En retravaillant ma demande par la suite, j'ai pu me présenter au cours d'un atelier de peinture à destination de femmes pour leur proposer de participer à l'entretien. J'ai également été présente lors de deux demi-journées dans un CPEF de Marseille. Un échantillonnage sur place a été mis place (Apostolidis et al., 2003) par lequel je proposais aux patientes en salle d'attente de participer à l'entretien, avant ou après leur consultation médicale, ou bien de se contacter ultérieurement pour prendre un rendez-vous. Cette démarche a abouti à la réalisation d'un unique entretien. Outre les questions de faisabilité (*e.g.*, refus, chronophage, présence d'enfants en bas-âges), les conditions de réalisation de l'entretien, à savoir dans un bureau d'une structure médicale avant ou après leur consultation gynécologique, nous ont semblé comporter certaines limites vis-à-vis de l'influence potentielle du contexte médical sur la production des discours. Enfin, en collaboration avec un éducateur spécialisé d'un CHRS[85] de Marseille, je me suis présentée et ai proposé l'entretien à l'occasion de trois rencontres (*e.g.*, présence lors d'un repas collectif). Malgré plusieurs réponses positives de la part de femmes, seul un entretien a pu aboutir. Si initialement nous souhaitions réaliser entre 15 et 20 entretiens, le choix a été fait de clôturer le recrutement après huit entretiens au regard

[85] Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

des contraintes de terrain et des difficultés d'accès à la population ciblée, du caractère chronophage du recrutement et des enjeux propres à la thèse.

Les entretiens ont été réalisés par moi-même et se sont déroulés pour sept d'entre eux dans un bureau mis à disposition par les structures et un au domicile de la participante. Ils ont été réalisés entre avril 2022 et mars 2023. Avant de débuter l'entretien, je rappelais à l'aide d'une notice d'information les objectifs et le cadre de l'entretien (*e.g.*, garantie de l'anonymat, liberté de parole, enregistrement audio, possibilité d'arrêter à tout moment). Au regard des précédentes réflexions sur le recueil de consentement (voire 4.3.2 Malaise éthique autour du recueil de consentement en recherche), les participantes étaient invitées à donner leur accord oral, sans forcément remplir et signer la feuille de consentement. À la fin de l'entretien, les participantes étaient invitées à remplir un questionnaire visant à recueillir des données socio-démographiques, des informations quant à leurs pratiques de recours aux soins gynécologiques et l'échelle pour le calcul du score EPICES[86] (Labbé et al., 2007) (voir Annexe 16).

La durée moyenne des huit entretiens est de 64.51 minutes, allant de 32.23 à 114.25 minutes (SD = 24.35). Avec l'accord des participantes, les entretiens ont été enregistrés. Ils ont fait l'objet d'une retranscription par une assistante de recherche externe, puis d'une relecture avec écoute des audios par moi-même ou une ingénieure d'étude pour d'éventuelles corrections.

7.2.2 Démarche d'analyse des entretiens

7.2.2.1 Analyse de Contenu Thématique

Pour l'analyse des données recueillies, nous avons recouru à l'Analyse de Contenu Thématique (ACT) manuelle (Braun & Clarke, 2006, 2012). L'ACT est une technique d'analyse catégorielle sur des données textuelles qui permet d' « en dégager le sens et produire des inférences sur les conditions qui conduisent à la production de ces significations » (Dany, 2016, p. 89). Là où pour l'analyse

[86] Le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé) est un indicateur multidimensionnel de la précarité et de la « santé sociale ». Sur les 11 items, nous avons retiré l'item suivant « êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois » au regard de la crise sanitaire et des mesures mises en place (*e.g.*, mise en place du pass sanitaire puis du pass vaccinal).

lexicographique (voire chapitre 5) la catégorisation s'effectue sur l'univers lexical, l'organisation des éléments qui composent le texte, pour l'ACT, la catégorisation s'opère sur l'aspect sémantique, soit par unité de sens, de significations des énoncés (Dany, 2016).

Comme mentionné par Braun & Clarke (2006), l'ACT présente l'intérêt de la flexibilité, nécessitant d'opérer une série de choix. C'est dans une démarche inductive que les analyses ont été conduites pour identifier et explorer les catégories thématiques émergeantes relatives aux systèmes de représentations mobilisés, aux pratiques et aux expériences subjectives et sociales associées à l'EG pour les professionnel·le·s et les femmes. Bien que s'inscrivant dans une démarche inductive, l'analyse ne s'effectue pas en l'absence d'une orientation épistémologique et théorique. L'approche des représentations sociales dans une approche critique féministe a notamment orienté l'analyse effectuée. Dans une perspective relationnelle, l'attention était notamment portée sur les représentations que les participant·e·s pouvaient avoir d'eux/elles-mêmes, de leur(s) rôle(s), des autres et de la situation, et cela, en considérant les rapports de pouvoir et de domination liées au genre (mais pas exclusivement) qui traversent la relation médicale et s'actualisent en gynécologie.

7.2.2.2 Mise en place d'une triangulation des chercheuses

Les analyses des entretiens auprès des praticien·ne·s et des femmes ont respectivement fait l'objet d'une triangulation des analystes, c'est-à-dire l'implication de plusieurs chercheur·se·s dans le processus d'analyse et d'interprétation des données (Apostolidis, 2006; Caillaud & Flick, 2016).

Au regard des épistémologies du positionnement, l'intérêt de la triangulation mise en place ici était de permettre un espace à la réflexivité vis-à-vis de nos propres affects, représentations et expériences quant à l'objet, et offrir aussi un lieu pour l'expression d'émotions et sentiments face à certains contenus, au travers de l'intersubjectivité (Restivo et al., 2023). En effet, les affects peuvent être révélateurs de certains enjeux de l'objet de recherche, à condition de les inscrire dans un travail de réflexivité. Par ailleurs, dans une recherche à la fois de consensus et de discordance (Restivo et al., 2023), cette stratégie confère une fiabilité de l'analyse et se trouve particulièrement féconde pour l'apport de profondeur et de richesse à

l'analyse[87].

Concrètement, la double analyse a été principalement réalisée en collaboration avec une ingénieure d'étude, Angela Zeller, femme cisgenre, née dans les années 90 et blanche. Issue d'un master en sociologie, nous ne partagions pas le même background théorique et méthodologique, excepté notre inscription dans une perspective féministe de recherche. Nous avions différents niveaux d'expertises quant à l'objet de recherche. À titre d'exemple, son regard « naïf » quant à l'EG permit de questionner et expliciter certains aspects que je pouvais considérer comme « allant de soi ».

Une première étape de familiarisation par la lecture répétée, flottante et active d'une partie des données a été réalisée par moi-même et Angela Zeller. Une discussion commune avec Léa Restivo et Thémistoklis Apostolidis, respectivement MCF en psychologie sociale et PU en psychologie sociale, a été mise en place après cette première approche des données pour dégager des éléments et pistes d'analyses qui pourraient être pertinents au regard des objectifs de recherche. Concernant les entretiens auprès des professionnel·le·s, les huit premiers entretiens ont fait l'objet d'une analyse verticale par moi-même et Angela Zeller indépendamment. Des sessions de triangulation ont été mises en place après l'analyse de deux ou trois entretiens. Ces sessions visaient à discuter, comparer et confronter les différences et/ou similitudes de nos codages respectifs afin d'établir un codage vertical commun par entretien. Ces temps d'échanges se voulaient également le lieu de réflexions et d'émergence de pistes d'analyse, en portant notre attention sur les différences et similitudes entre les entretiens. À partir de la triangulation opérée sur les huit premiers entretiens, une ébauche de grille d'analyse a été élaborée individuellement pour chaque analyste. Une mise en commun a été faite lors d'une session de triangulation. La grille a fait l'objet d'une discussion avec Léa Restivo pour sa stabilisation. Son applicabilité a ensuite été testée indépendamment par moi-même et Angela Zeller sur un neuvième entretien. Enfin, le codage horizontal de l'ensemble des entretiens a été effectué par moi-même en maintenant une certaine flexibilité dans le codage et l'évolution de la grille d'analyse (*e.g.*, ajout de thème et sous-thème, redéfinition et

[87] Pour approfondir la réflexion et illustrer la mise en place d'une triangulation des chercheur·se·s dans une démarche qualitative et féministe, voire Restivo et al. (2023).

affinement de la labellisation, *etc.*)

Pour l'analyse des entretiens auprès des femmes, la procédure était similaire, à l'exception que la première ébauche de la grille a été élaborée sur la base du codage vertical de quatre entretiens et que l'applicabilité de la grille a été testée uniquement par moi-même.

L'ensemble des étapes de codage a été réalisé à l'aide du logiciel NVivo 14 (© 1999-2022 QSR International), non pas dans un objectif de calcul de coefficient tel l'*inter-coder reliability*, mais comme support à l'analyse pour l'organisation et la visualisation des données.

Tout d'abord, les résultats de l'analyse de contenu thématique du point de vue des praticien·ne·s seront présentés puis discutés. Il s'en suivra la présentation des résultats de l'analyse de contenu thématique du point de vue femmes avant de les discuter.

7.3 Du point de vue des praticien·ne·s

7.3.1 Résultats

Les 16 professionnel·le·s participant·e·s à l'étude (voir Tableau 9) était âgé·e·s entre 29 et 70 ans (M = 41.75 ans ; SD = 10.53), dont 15 femmes et un homme. 87.5% étaient en couple, marié·e, pacsé·e ou en concubinage (n = 14) et 75% avaient des enfants (n = 12). Concernant leur activité professionnelle, exceptée une participante en deuxième année d'internat de médecine générale, il/elles avaient entre 4 mois et 44 ans d'années d'exercice (M = 14.22 ; SD = 11.82). Sept étaient médecins généralistes (43.75%), cinq sage-femmes (31.25%), trois gynécologues médicales (18.75%) et un gynécologie-obstétricien. Pour les médecins généralistes, la gynécologie représentait une part importante, voire entière, de leurs pratiques pour cinq d'entre elles[88]. Au regard des lieux d'exercice rapportés, 62.5% des participant·e·s exerçaient exclusivement dans un lieu accueillant des populations précaires (n = 10) (*e.g.*, PMI, centre de santé communautaire, *etc.*), 31.25% exerçaient dans divers lieux (n = 5), et une participante exerçait exclusivement dans un cabinet libéral conventionné

[88] Pour les deux autres, il s'agissait de l'interne en médecine générale e9t d'une médecin généraliste qui me précisa au cours de l'entretien qu'elle réalisait une à deux consultations gynécologiques par semaine.

secteur 2, donc auprès d'une patientèle plus favorisée. Enfin, 14 des participant·e·s ont reporté avoir effectué des formations complémentaires dans leur exercice professionnel[89] (*e.g.*, DIU gynécologie et obstétrique pour les médecins généralistes, DIU colposcopie et pathologie cervico-vaginale, DIU précarité santé maternelle et périnatale, DIU violences faites aux femmes, *etc.*).

Tableau 9
Liste des participant·e·s et principales caractéristiques

Code	Pseudonyme	Âge	Spécialité	Années d'exercice	Patientèle
ES001	Céline Quang	30 ans	Médecine générale	Internat	Précarité
ES002	Karine Bardy	54 ans	Sage-femme	32 ans	Précarité
ES003	Maude Langevin	43 ans	Sage-femme	15 ans	Précarité
ES004	Lydia Sevin	49 ans	Sage-femme	10 ans	Précarité
ES005	Jeanne Bresson	37 ans	Médecine générale	9 ans	Précarité
ES006	Nawel Bouzid	35 ans	Gynécologie médicale	9 ans	Divers
ES007	Sofia Royer	49 ans	Sage-femme	24 ans	Précarité
ES008	Catherine Favre	49 ans	Sage-femme	23 ans	Divers
ES009	Olivia Gassiole	33 ans	Médecine générale	3 ans	Précarité
ES010	Paul Boffelli	70 ans	Gynécologie-obstétrique	44 ans	Divers
ES011	Maxine Petela	36 ans	Gynécologie médicale	5 ans	Divers
ES012	Anna Dembri	43 ans	Gynécologie médicale	12 ans	Favorisée
ES013	Delphine Le Roux	35 ans	Médecine générale	6 ans	Précarité
ES014	Édith Bocquet	37 ans	Médecine générale	9 ans	Précarité
ES015	Claudia Balland	29 ans	Médecine générale	4 mois	Précarité
ES016	Camille Perez	39 ans	Médecine générale	12 ans	Divers

7.3.1.1 Posture énonciative et organisation des discours

7.3.1.1.1 Plasticité des points de vue pris pour parler de l'EG

En tant qu'examen qui concerne toutes personnes ayant des parties génitales féminines, la particularité de l'EG comme objet de recherche est qu'il concerne les praticiennes, dans leur exercice médical, mais aussi dans leur parcours de santé en tant que femme. À cet égard, nous assistons dans les discours à des alternances, plus ou moins marquées, entre différents points de vue pris pour parler de l'EG. Cette

[89] Pour les deux autres, il était question de l'interne en médecine générale et d'une médecin généraliste qui avait débuté son exercice professionnel depuis 4 mois.

plasticité des points de vue a pu se manifester au cours des entretiens par l'explicitation d'une certaine ambiguïté vis-à-vis de la place à partir de laquelle elles devaient parler :

> *« Je dois parler de ce que je ressens quand moi j'examine quelqu'un ou quand moi je me suis faite examiner ? »*[90] *(Céline Quang, 30 ans, médecin généraliste)*[91]
>
> *« En faisant abstraction du fait que je suis aussi une femme et que j'ai aussi subi des examens gynéco ? » (Karine Bardy, 54 ans, sage-femme)*

Ainsi, les praticiennes investissent parfois l'objet en référence à leurs expériences subjectives individuelles de la consultation gynécologique en tant que patiente (i.e. utilisation du « je », « moi »), mais aussi leur rapport à l'objet du point de vue de femmes en tant que groupe social (i.e. « pour nous les femmes », « on »).

Bien que l'EG soit parfois investi de leur place et expérience de patiente, il est majoritairement pensé en tant que praticienne. En cela, elles parlent également des femmes comme un groupe social distinct (i.e. « les patientes », « elles »). Par ailleurs, si le guide d'entretien cherchait à questionner leur point de vue sur l'expérience des femmes de l'EG, il est majoritairement spontané que les professionnel·le·s, homme ou femmes, parlent de leur perception du rapport des patientes à l'EG. Nous noterons également que, parfois, les praticien·ne·s s'expriment sur les patientes en employant le masculin de généralité, soulignant un certain universalisme médical.

Enfin, de façon plus classique, lorsque l'examen est investi en tant que professionnel·le·s, des discours en référence à leur pratiques et expériences professionnelles individuelles (i.e., utilisation du « je », « moi ») sont présents, ainsi que de leur rapport à l'objet de praticien·ne en tant que groupe social (i.e. utilisation du « nous », « on »). À cet égard, il est régulièrement présent des distinctions entre « nous » et « eux » (*e.g.*, sage-femmes par rapport aux médecins et inversement) ainsi que « je » vis-à-vis des « autres », reflétant des possibles enjeux inter-groupes et socio-normatifs de la pratique en gynécologie.

Ces différents éléments quant à la posture énonciative et cette plasticité des points de vue semblent être une spécificité de l'EG, et plus largement de la consultation

---

[90] Les passages en italique correspondent à des extraits issus des entretiens.
[91] Les noms et prénoms ont été modifiés afin de garantir l'anonymat des personnes interviewées.

gynécologique, comme objet de recherche soulignant la complexité et la richesse de questionner le rapport des praticien·ne·s, hommes ou femmes, à l'EG.

Des discours narratifs sont également observés. À la suite de la relance sur leur expérience de l'EG, mais aussi spontanément, les praticien·ne·s relatent d'expériences pour illustrer certaines consultations « *marquantes* », « *complexes* » qui renvoient principalement à des consultations avec des femmes victimes de violences, notamment des violences conjugales et/ou sexuelles, et victimes d'excisions.

7.3.1.1.2 Organisation des discours

L'analyse de contenu thématique a permis de mettre en avant une organisation des discours autour de sept axes thématiques qui s'imbriquent et s'interconnectent dans les discours. Visant l'exhaustivité, la grille d'analyse thématique élaborée se compose de six niveaux de thèmes et de 780 thématiques. Ces axes et leurs sous thématiques principales (niveau 2) sont présentés dans le Tableau 10.

Tableau 10

Axes thématiques et sous-thématiques principales

1. Représentations de l'EG
1.1 Représentations de l'EG en fonction du point de vue
1.2 Représentations de l'intime en consultation gynécologique
1.3 Les différents examens (spéculum, toucher vaginal, dépistage du CCU, *etc.*)
1.4 Représentations de la position gynécologique
1.5 Les modalités de réalisation, ou non, de l'EG
1.6 Représentations de l'EG idéal
2. Pratiques et expériences liées à l'EG (soi)
2.1 Description de pratiques pour mettre à l'aise les patientes, conditions d'un bon EG
2.2 Autour du consentement à l'EG
2.3 Les enjeux de l'interrogatoire
2.4 Les difficultés au bon déroulement de l'EG
2.5 Les contraintes temporelles
2.6 Les pratiques alternatives
2.7 Quelle vision de ses pratiques
2.8 Être une femme, une patiente et une praticienne
2.9 Pratiques et suivi en fonction de la spécialité
3. Représentations et pratiques en fonction des patientes (soi)
3.1 Les patientes ayant vécues des violences
3.2 Les patientes en situation de précarité

3.3 Les patientes jeunes, premier EG

3.4 Les patientes en suivi

3.5 Les patientes rencontrées pour la première fois

4. Représentations et pratiques en fonction du contexte de consultation (soi)

4.1 Contexte de prévention (dont le dépistage du CCU)

4.2 Contexte d'urgence

4.3 La contraception en consultation gynécologique

4.4 Présence de tierces personnes dans la consultation

4.5 Contexte de suivi obstétrical

5. Abord de sujets intimes et tabous en consultation gynécologique (soi)

5.1 Représentations et tabou des patientes en consultation

5.2 Rôle perçu dans l'abord de sujets intimes, tabou

5.3 Contexte d'évocation de la sexualité en consultation

5.4 Sentiments générés chez les PDS

5.5 Les patientes

5.6 Le conjoint

5.7 Les formations des patientes sur la santé sexuelle et reproductive (école)

6. Représentations des pratiques et expériences liées à l'EG des autres

6.1 Représentations des pratiques liées à l'EG des patientes

6.2 Représentations des autres professionnel·le·s et variabilité des pratiques professionnelles

6.3 Représentations des mauvaises pratiques et expériences, violences gynécologiques liées à l'EG

7. Représentations des relations soignant·e-soignée, de la gynécologie, de la féminité

7.1 Représentations des relations soignante-soignée

7.2 Représentations des évolutions de la médecine

7.3 Représentations des compétences nécessaires pour être un·e « bon·ne » professionnel·le et formation

7.4 Représentations des motivations à se spécialiser en gynécologie

7.5 Représentations de la gynécologie, du suivi

7.6 Discours critiques sur la gynécologie et la médecine : médicalisation et pouvoir

7.7 Représentations de la féminité et de la santé

Cette grille constitue un résultat en soi puisqu'elle permet l'accès aux différentes thématiques abordées par les praticien·ne·s lors des entretiens (voir Annexe 17). Au regard de nos objectifs de recherche et de l'organisation des discours selon ces axes thématiques, nous avons développé trois pistes d'analyses, non-exhaustives, qui sont exposées ci-dessous.

7.3.1.2 Rapport à la logique préventive en gynécologie : pour la santé des femmes

7.3.1.2.1 Une perspective médicale et de santé publique de l'EG

À la suite de la consigne initiale, sur l'ensemble des mots évoqués, 45.31 % des mots (n = 29) s'inscrivent dans un registre médical (*e.g.*, « *médical* » n = 2 ; « *prévention* » ou « *dépistage* » n = 4 ; « *spéculum* » n = 2, *etc.*). En tant que professionnel·le·s de santé, l'EG est représenté comme un examen de « *prévention* » (n = 4), qui est « *utile* », « *important* » (n = 4) et qui s'inscrit dans le cadre d'un suivi, d'une prise en charge (n = 5). Certain·e·s praticien·ne·s soulignent également que l'EG est avant tout un acte réalisé dans une visée médicale (n = 4).

> *« Peut-être pour recentrer que…, peut-être que ça sous-entend qu'on, on fait cet examen à but médical. Et euh, et c'est peut-être le décalage, même si je pense que votre travail il est aussi autour de, de toute la problématique de l'examen gynéco et qu'en fait « du point de vue » du médecin, on on va exa-, on est sur un examen médical, c'est-à-dire quand une femme elle présente, soit parce qu'on fait du dépistage, soit parce que la femme a un symptôme, et donc on va examiner. Donc c'est pour ça que du point de vue du médecin y a pas de connotations autres que celle d'aller examiner les organes, qui sont les organes génitaux. » (Anna Dembri, 43 ans, gynécologue médicale)*

Concernant le dépistage du CCU[92], bien que présenté comme « *pas obligatoire* » (n = 3), son utilité, efficacité et importance sont mentionnées par huit participant·e·s.

> *« le dépistage le plus utile, le plus efficient de tous les dépistages [rire]. Nan mais plus que le dépistage du cancer du côlon, plus que le dépistage euh… du diabète, plus que le dépistage de la tension même je crois, enfin voilà c'est vraiment le dépistage hyper efficace, enfin hyper rentable dans les (??) de mortalité je crois. Enfin d'après ce qu'on… on a pas mal trié quels examens étaient utiles, et celui-là en fait vraiment partie quoi. » (Jeanne Bresson, 37 ans, médecin généraliste)*

Se plaçant en tant que professionnel·le, l'EG, dont le dépistage du CCU, s'inscrit donc dans une logique préventive en santé : il est un examen médical, de prévention à destination des « *femmes* » (mot évoqué trois fois suite à la consigne initiale).

[92] Il est à noter que le guide comportait une relance sur le « frottis » et le dépistage du cancer du col de l'utérus.

7.3.1.2.2 Les modalités de réalisation, ou non, d'EG : entre remise en question et nécessité

Les évolutions des recommandations quant à la réalisation d'EG systématique et vis-à-vis du dépistage du CCU sont évoquées par six praticien·ne·s (37.5%). Toutes et tous font part d'une diminution de la fréquence de réalisation d'examens, avec notamment l'allongement à 5 ans du délai pour le dépistage du CCU. Si pour certaines cette diminution est perçue comme « *une bonne chose* » pour les patientes, d'autres soulignent les effets négatifs de l'allongement du délai dépistage.

> *« Ce qui ne veut pas dire d'ailleurs qu'elles, c'est c'est un peu ça la perversion c'est que pour beaucoup de femmes c'est : je je suis tranquille pour cinq ans. Nan nan nan t'es pas tranquille pour cinq ans. » (Paul Boffelli, 70 ans, gynécologue-obstétricien)*

Les modalités de réalisation, ou non, d'EG font alors l'objet de différentes prises de positions, parfois ambivalentes pour un·e même praticien·ne. Dans le cas de symptômes, d'urgence ou de problèmes, la nécessité de réaliser un examen semble faire consensus (n = 6).

> *« Dans quelle situation je vais aller faire un examen génital ? Si elles saignent, si elles ont des, des pertes anormales, des douleurs. » (Anna Dembri, 43 ans, gynécologue médicale)*

> *« bien sûr si une femme a des douleurs, elle a des pertes anormales, elle a quoi que ce soit qui va pas, bien sûr on va aller, on va aller regarder. » (Camille Perez, 39 ans, médecin généraliste)*

En revanche, la nécessité de réaliser un examen si la patiente ne présente pas de problème et est à jour sur les dépistages en référence aux recommandations, paraît source de tensions. En effet, 75% des praticien·ne·s mentionnent qu'il n'est pas nécessaire d'examiner les patientes de façon systématique (n = 12).

> *« Donc si je peux éviter ça chez la patiente j'évite, voilà, au maximum, je le fais que si vraiment y a une raison de le faire sinon je le fais pas. Voilà. » (Lydia Sevin, 40 ans, sage-femme)*

> *« Qu'est-ce qu'il va nous apporter de plus ? Parce que s'il nous apporte rien de plus, ça ne servira à rien. C'est primum non nocere. Donc voilà. » (Nawel Bouzid, 35 ans, gynécologue médicale)*

> *« donc on a, une femme n'a pas besoin d'être examinée euh…, n'a pas forcément besoin d'être examinée dans la vie en fait finalement. On n'est pas, enfin y a certaines femmes qui ont pas besoin d'être examinées. Au niveau génital. » (Édith Bocquet, 37 ans, médecin généraliste)*

Outre l'absence de symptômes et la réalisation de dépistage, c'est notamment l'âge des patientes qui semble déterminant (n = 8 ; 50%). Plus précisément, l'examen est présenté comme non nécessaire avant l'âge de 25 ans, soit l'âge recommandé pour la réalisation du premier dépistage du CCU.

> *« Parce que on sait que en règle générale si elles ont moins de 25 ans, ce qui est quand même dans la moyenne des femmes ça sert à rien en fait l'examen gynéco avant 25 ans. Sauf si souci hein, mais si y a pas de souci [bruit de bouche] ça sert à rien. » (Maxine Petela, 36 ans, gynécologue médicale)*

> *« Mais avant 25 ans, pour prescrire une pilule ou mettre un implant ou… pour une demande de dépistage des infections sexuellement transmissibles ou quoi, y a pas forcément besoin de faire un examen. » (Camille Perez, 39 ans, médecin généraliste)*

Ne pas réaliser d'examen avant 25 ans paraît encore plus important pour certain·e·s s'il est question d'une patiente « *jeune* » ou « *ado* » qui n'a jamais eu d'EG. Il en reste que ne pas examiner les femmes peut apparaître comme « *tomber dans l'excès* » : les discours traduisent tout de même l'importance de réaliser régulièrement des examens.

> *« oui on peut s'en passer dans certains cas mais parfois on se retrouve à ne pas examiner les femmes et finalement pendant longtemps, et on a des pathologies, on découvre des pathologies voilà assez sévères. » (Nawel Bouzid, 35 ans, gynécologue médicale)*

> *« Des fois on se rend compte qu'y a des violences conjugales hein en regardant des vulves, donc au moins ça nous permet euh… à un moment de, de, ouais, de devoir examiner. Des fois on se rend compte à la pose du spéculum qu'y a un vaginisme, que du coup y a un problème derrière, qui peut être de la violence conjugale ou autre chose mais euh… » (Maude Langevin, 43 ans, sage-femme)*

Réaliser régulièrement des EG permettrait ainsi de ne pas passer à côté de pathologies ou encore de violences (n = 4), voire de se protéger d'un point de vue médico-légal (n = 1). Plus encore, c'est l'examen annuel qui est retrouvé dans les discours (n = 5).

> *« Normalement c'est un examen gynécologique par an, voilà. » (Lydia Sevin, 40 ans, sage-femme)*

> *« Et moi en dehors de ça je leur dis : l'examen gynéco c'est une fois par an. Même si y a pas de frottis, même si vous allez très bien, au moins on fait un point. » (Claudia Balland, 29 ans, médecin généraliste)*

« Une femme qui a 35 ans, qui vient pour un suivi gynéco, qui n'a aucun symptôme, même si elle a fait un…, son test papillomavirus l'an dernier, donc elle est à jour, là par contre je vais l'examiner. Voilà. » (Camille Perez, 39 ans, médecin généraliste)

Cet examen annuel apparaît reposer sur la nécessité de contrôler annuellement les organes génitaux des femmes, de la même façon que « *quand on vous prend la tension à chaque fois que vous allez chez le médecin* ». *In fine*, les cas de figure où la réalisation d'examen n'est pas motivée semblent en somme assez rares, notamment à partir de 25 ans. Bien que les discours traduisent une forme de consensus sur une volonté de diminution de la réalisation d'examen, la normalisation de la réalisation d'examen régulier, voire annuel, dans une logique préventive de surveillance de la santé des femmes paraît saillante.

7.3.1.2.3 Du côté des patientes : le recours et les freins perçus au suivi gynécologique

Lorsque les participant·e·s expriment leur perception du point de vue des patientes sur l'examen, certain·e·s relatent que les patientes ont recours à l'EG pour se « *rassurer* » (n = 5), puisque l'EG est « *important pour sa santé* ». En cela, un sentiment d'obligation à réaliser l'examen est relevé (n = 4).

« Et c'est plutôt quelque chose de, de, de, d'obli, enfin que les gens et les femmes perçoivent comme obligatoire et, et utile, mais, et qu'elles y vont un peu par contrainte et par euh… bonne conscience médicale, bonne conscience de leur santé. » (Jeanne Bresson, 37 ans, médecin généraliste)

« Ben moi je pense, je vais aller au-delà, je pense que c'est pas qu'ici hein. Je pense que c'est toutes les femmes, et vraiment là c'est tous les milieux. Je pense qu'en règle générale les femmes elles ont ce sentiment d'obligation. J'en connais pas beaucoup qui iraient faire un exam gynéco euh… enfin comme ça quoi. Parce qu'elles sont obligées de le faire. Pour la prévention ou pour autre, mais euh elles iraient pas. » (Sofia Royer, 49 ans, sage-femme)

Ce sentiment d'obligation est retrouvé lorsque les praticiennes se positionnent en tant que patiente dans leur rapport à l'EG (n = 3), mais aussi son côté rassurant (n = 1). Concernant le dépistage du CCU, il est perçu comme un examen qui inquiète beaucoup les patientes (n = 3). En cela, la norme préventive sur laquelle la gynécologie s'appuie peut-être perçue (et vécue) comme une source d'inquiétude et générer un sentiment de responsabilité individuelle pour les patientes (et en tant que patiente).

Dans une perspective de santé publique, les praticien·ne·s font part de leurs perceptions du recours au suivi gynécologique et des freins associés. Au regard du recours à l'EG, dont le dépistage du CCU, les participant·e·s relatent des inégalités sociales de santé (n = 5). Pour les patientes issues de milieu plus favorisé, les professionnelles font part d'une demande d'examen, voire de sur-dépistage des patientes (n = 3). Les femmes en situation de précarité (*e.g.*, allophones, migrantes, *etc.*) présenteraient un moindre recours à l'EG et au dépistage du CCU (n = 4).

> *« Elles viennent pour un examen, elles viennent pour une contraception et puis je propose vraiment le frottis parce qu'elles sont en âge et parce que il faudrait le faire. Et puis elles me disent « non », enfin « pas aujourd'hui » quoi et puis elles reviennent pas. Je redonne un rendez-vous un mois après et puis elles reviennent pas. HUM. Ce qu'est pas forcément le cas là par exemple quand je travaille à B. là en secteur 2 en libéral, les femmes elles « venaient » faire un examen gynéco, c'était euh, si je les examinais pas elles étaient pas contentes quoi. C'était l'inverse. Alors que des fois y avait pas du tout nécessité de faire l'examen, mais elles voulaient « quand même » faire l'examen. Pour elles c'était, c'était…, alors que là voilà c'est pas les mêmes cadres de consultations quoi. C'est pas la même demande. Ouais. Voilà. Mais ça c'est le frottis hein. Entre des femmes qui en font trop et des femmes qui en font pas assez, c'est vraiment très très différencié. Socialement aussi. » (Jeanne Bresson, 37 ans, médecin généraliste)*

Parmi les raisons évoquées justifiant le moindre recours au suivi gynécologique, il est mentionné le manque de connaissances et d'accès à l'information (n = 2), le fait d'être dans la « *survie* », de « *s'oublier* » et ne pas être « *prioritaire* » (n = 4), ou encore se trouver plus vulnérable face aux professionnel·le·s de santé (n = 1). L'accès aux soins gynécologiques se ferait ainsi davantage par l'obstétrique (n = 1).

> *« Donc euh… ben il faut gérer l'obstétrique. Et ensuite, si on y arrive, on gère euh…, enfin après la, la naissance de, du bébé, on… essaye de faire des soins de dépistage par la suite. Mais c'est vraiment compliqué. » (Édith Bocquet, 37 ans, médecin généraliste)*

En conséquence, ces femmes seraient plus à risque et vulnérables en matière de santé (n = 2) pouvant amener à des « *situations catastrophiques* ». *In fine*, les discours traduisent la perception d'un gradient social dans le rapport des femmes à la prévention et au dépistage du CCU.

À ces inégalités sociales de santé, ce sont aussi un ensemble de freins perçus que les professionnel·le·s reportent dans leur discours (n = 13 ; 81.25%). Le frein le

plus fréquemment évoqué est le vécu de mauvaises expériences liées à l'EG (n = 8).

> *« Et certaines ont même eu une errance diagnostique, ou en tous cas un nomadisme médical, ou en fait, ou alors elles ont plus eu d'examens gynécos pendant des années. Et quand on leur demande pourquoi, elles nous disent : j'ai vécu une expérience traumatisante avec mon premier gynécologue, donc je n'ai plus envie de me faire examiner. Voilà. » (Nawel Bouzid, 35 ans, gynécologue médicale)*

> *« des fois elles mettent cinq ans à aller revoir un médecin. Et donc après ça veut dire euh ben peut-être des pertes de chance, euh… un mauvais suivi au niveau par exemple des frottis pour les cancers, un mauvais suivi pour tout ce qui est infections sexuellement transmissibles. Donc on peut quand même passer à côté de choses importantes parce qu'à un moment y a un examen qui s'est pas bien passé et que ça reste ancré dans la mémoire quoi. » (Camille Perez, 39 ans, médecin généraliste)*

Ces vécus de mauvaises expériences liées à l'EG comme freins au recours aux soins gynécologiques mettent en avant le rôle des (autres) praticien·ne·s. C'est également le fait d'avoir vécu des violences sexuelles et/ou conjugales qui est mentionné (n = 4). Certain·e·s soulignent que l'idée d'un examen systématique peut être un frein à consulter en gynécologie, notamment pour les femmes jeunes (n = 3), ou encore la peur de découvrir un problème (n = 1). Enfin, lié à l'examen en lui-même, il est mentionné le fait que l'EG soit désagréable (n = 2), l'appréhension de la douleur (n = 3), ou encore la gêne et la honte liées à la nudité et l'exposition des parties génitales (n = 4).

> *« Parce que déjà pour le premier frein c'est le fait de se montrer, elles ont pas envie. » (Maude Langevin, 43 ans, sage-femme)*

> *« Tu vas pas aller montrer ton corps, enfin cette partie, même à un médecin puisque c'est honteux. » (Sofia Royer, 49 ans, sage-femme)*

> *« Et puis y a souvent, souvent quand même des, des absences sur les motifs de consultations gynécos quoi. Qui sont quand même, je pense, liés à, à euh… la gêne que ça peut procurer, à la difficulté de, d'aller vers cet examen quoi. » (Delphine Le Roux, 35 ans, médecin généraliste)*

7.3.1.2.4 La médecine, la gynécologie et les femmes

Questionner le rapport des professionnel·le·s à l'EG fait émerger plus largement des discours sur leur rapport à la gynécologie, la médecine, les femmes et la santé. Les professionnel·le·s font part dans leur discours de la façon dont il/elles se représentent la gynécologie (médicale) et le suivi (n = 5). Elle est notamment présentée comme une spécialité complexe et intéressante (n = 4), qui comprend le

parcours de vie des femmes (n = 2), mais aussi des personnes trans, des conjoints et des enfants (n = 2). La féminisation de la profession est soulignée (n = 1), mais aussi ses valeurs féministes (n = 1 ; « *forcément quand on est gynécologue médicale on est féministe hein.* », *Anna Dembri, 43 ans, gynécologue médicale*).

Ce sont aussi des discours critiques sur la gynécologie et la médecine (n = 5) qui se présentent autour notamment de la médicalisation du corps des femmes et ses effets. En cela, la médicalisation du corps des femmes est parfois considérée comme trop présente dans le contexte français, voire européen (n = 2).

> *« Enfin voilà, on est dans des trucs d'hyper médicalisation parce que les gynécos ont joué la carte de l'hyper médicalisation pendant des dizaines d'années donc du coup il reste des traces. » (Jeanne Bresson, 37 ans, médecin généraliste)*
>
> *« un autre exemple euh, euh les pertes vaginales. Ça c'est un un… c'est c'est du quotidien pour… pour beaucoup de gens qui qui ont une… schématisation assez simple de la de la pratique c'est que : bon elle a ça, je fais un prélèvement et puis je fais un traitement en fonction du prélèvement. Mais on l'a pas interrogé, on n'a pas vérifié si c'était, comment ça s'est produit par exemple. Si par malheur on va retrouver quelque chose sur le prélèvement on va traiter. Euh si c'est une bactérie on va donner un antibiotique, si c'est un champignon on va donner un antifongique ou un anti euh… micro-organisme (??). Or, le le vagin comme toutes les cavités ouvertes sur l'extérieur n'est pas du tout un milieu stérile. Résultat il y a des femmes qu'on a rendu malades simplement parce que sur le prélèvement on a trouvé un germe, on n'a même pas fait gaffe à l'interprétation, le germe des fois c'est la c'est la main de celui qui a qui a fait le prélèvement. Et ben on va lui donner un traitement antibiotique souvent assez connu, résultat des courses on va [bruit de bouche] euh compromettre l'équilibre de l'écosystème vaginal et on on la fait rentrer dans un cycle de… de pathologies auto-entretenues. Y y a des femmes pour lesquelles ça ça devient une obsession ! Une « obsession » ça. » (Paul Boffelli, 70 ans, gynécologue-obstétricien)*

Pour la première, cette « *hyper médicalisation* » s'inscrit dans l'histoire de la profession. Pour le second, il s'agit davantage de mauvaises pratiques, mais aussi d'un « *revers de médaille* » de la (sur)médiatisation de certaines pathologies comme l'endométriose. Par ailleurs, cette médicalisation n'est pas sans conséquence sur la vie des femmes puisque pouvant être à l'origine de pathologies et d'effets sur la santé mentale des femmes. Plus encore, par le contrôle social qu'elle opère sur le corps des femmes, la gynécologie peut se trouver au service des rapports sociaux de genre (n = 3).

« ouais d'injonctions sociales en fait. Enfin de… ben « vous pourriez perdre du poids, vous pourriez faire des enfants, vous pourriez avoir un conjoint », enfin, voilà. Enfin en tous cas ce lieu médical est souvent un rappel à cette norme sociale. Et c'est ça que je, un rappel fort ! Et du coup euh… dans la vie des femmes. » (Jeanne Bresson, 37 ans, médecin généraliste)

« Voilà, parce que c'est encore très euh…, ça, ça bouge beaucoup mais je pense que ça a été un truc très archaïque, patriarcal. Tu as 17 ans, tu prends la pilule, tu as ton premier enfant tu mets un stérilet, après tu mets ça euh…. Tombe enceinte, tombe pas enceinte, fais pas d'IVG parce que c'est mal, enfin bon voilà y a…, y a beaucoup de choses qui, qu'on veut imposer aux femmes dans la société, beaucoup de moralité qui se rajoute donc euh…. » (Camille Perez, 39 ans, médecin généraliste)

Enfin, en tant que spécialité médicale dédiée à la santé des femmes, il émerge dans les entretiens des discours sur la féminité, le rapport des femmes à la santé, et plus largement à la société (n = 7 ; 46.75%). Plus précisément, la consultation gynécologique semble être un lieu d'expression des patientes quant à leur rapport à la norme préventive et à la santé sexuelle et reproductive.

« Avec les règles, avec la pilule, avec tu vois on doit prendre les moyens de contraception, tous les mois on doit faire l'examen gynéco, on doit faire prévention du cancer du col de l'utérus, on doit, tu vois, cancer des seins, enfin…. C'est sûr que pour elles c'est les femmes qui font tout. » (Sofia Royer, 49 ans, sage-femme)

« Oui ou des, des…, des choses qui sont hyper acceptées : ah ben non euh, mon conjoint il veut pas que, que je fasse ça ; mon conjoint il veut que je, j'ai la pilule et pas le stérilet ; euh… ben il veut un deuxième enfant parce qu'on a eu une fille il veut un garçon ; euh… on n'arrive pas, j'arrive pas à tomber enceinte mais lui il veut pas faire de spermogramme. C'est que la femme qui doit se taper les prises de sang, les échos, les machins mais lui ben on va pas analyser son sperme, parce que le bébé on le fait pas à deux quoi. Enfin bon voilà. C'est des situations où encore…, évidemment y a plein de mecs qui sont très bien, c'est pas ce que je dis, mais où vraiment on sent que [souffle]. Et puis même la femme elle-même presque trouve ça normal, même si ça l'énerve un peu. « Ah ben c'est comme ça, vous savez comme ils sont ». Oui [rire]. » (Camille Perez, 39 ans, médecin généraliste)

Ce sont notamment les difficultés liées à la condition sociale des femmes en lien avec la santé reproductive et sexuelle qui sont mises en avant, et les inégalités entre hommes et femmes associées. Sont également mentionnées : la banalisation et la normalisation de la douleur des patientes, l'injonction à la maternité, ou encore l'influence des médias sur les représentations de la vulve, notamment pour « *les*

jeunes », les amenant à réaliser des nymphoplasties[93].

> *« parce que les jeunes en fait elles ont accès, elles ont pas l'occasion de voir d'autres vulves et elles se comparent avec les vulves qui sont visibles, c'est-à-dire médias, porno, réseaux sociaux. Voilà, elles essayent d'accéder à cette… à cette vulve normée en fait. » (Maude Langevin, 43 ans, sage-femme)*

Ainsi, par leur expérience en tant que professionnelles, elles sont confrontées à l'expression en consultation au poids de la santé reproductive et sexuelle et de la prévention dans la vie des femmes. Cela les amène au cours de l'entretien à se positionner au regard des rapports hommes-femmes, notamment en matière de santé. Pour certaines, être confrontées à ces inégalités, injustices, voire violences que les femmes subissent, entraînent des discours à coloration socio-affective traduisant des sentiments d'injustice, voire d'impuissance et de résignation, notamment pour celles portant des valeurs féministes.

> *« C'est la vie ou…, ou… avec un truc de : bon ben voilà, nous les femmes c'est comme ça quoi ! Un peu…, un peu la déprime générale quand même hein. [Rire]. Bon voilà. » (Édith Bocquet, 37 ans, médecin généraliste)*

> *« Ben ça ramène beaucoup à la position de la femme dans la société en fait. Sur plein de…, enfin on est vraiment confronté, notamment pour ces, ces femmes qui viennent pour des certificats d'excision, à des sociétés où c'est encore euh…, ben oui, les mariages forcés, euh… la, enfin, imposer une sexualité, imposer des maternités, euh… des violences admises, euh… une hiérarchie voilà naturelle quoi, presque. Donc ça évidemment, quand on a tendance à être plutôt féministe c'est un peu [léger rire], c'est un peu révoltant quoi. On se dit que, déjà que même dans nos sociétés on va dire que c'est pas gagné, mais alors y a vraiment dans d'autres sociétés où c'est encore vraiment pas gagné quoi. » (Camille Perez, 39 ans, médecin généraliste)*

Enfin, pour une professionnelle, le rapport à la norme préventive s'exprime directement dans la façon dont elle se représente la « bonne » santé des femmes puisque « *prendre soin de sa santé c'est prendre soin de soi. Donc c'est prendre soin de sa féminité aussi* ». En cela, une femme en « bonne santé » est une femme qui s'occupe de sa santé et de sa féminité en faisant de la prévention et en recourant au dépistage du CCU, de façon similaire à ce qu'elle prend soin de sa féminité en prenant soin de son corps (*e.g.*, « *se racheter des vêtements* », « *remanger plus sainement* »).

[93] La nymphoplastie est une opération de chirurgie plastique visant à réduire la taille des petites lèvres de la vulve.

Le dépistage du CCU devient alors une façon de prendre soin de sa féminité.

> *« On a l'impression de perdre une partie de, de sa féminité quand on perd son utérus, c'est compliqué. Donc euh ouais c'est important, je pense qu'il faut le voir comme ça. C'est un petit organe qu'est à nous, qu'est aux femmes, qui fait partie de [rire], qui fait partie de, mais qu'on s'en serve ou pas je veux dire, peu importe qu'il abrite un enfant un jour ou pas, ça fait partie de notre féminité, ça fait partie de notre corps de femme. » (Olivia Gassiole, 33 ans, médecin généraliste)*

7.3.1.3 Représentations et pratiques de l'intime en consultation gynécologique

À la suite de la consigne initiale, sur l'ensemble des mots évoqué, 31.25 % a trait à la sphère de l'intime avec une valence émotionnelle (*e.g.*, « *intime* », « *intrusif* », « *pudeur* », « *activité sexuelle* », *etc.*), les mots « *intime* » ou « *intimité* » émergeant spontanément dans 8 entretiens (50%). Par ailleurs, l'intime comme spécificité de la relation gynécologique est évoqué dans 81.25% des entretiens (n = 13), que ce soit de façon spontanée ou bien induit par la relance portant sur les spécificités de l'EG en comparaison à d'autres types d'examen médical.

> *« Mais voilà, y a cette notion qu'est assez forte. Et qu'est assez spécifique à l'examen gynéco, qui n'existe pas dans l'examen médical. C'est-à-dire quand on écoute un poumon, un cœur euh… c'est quand même pas la même chose que de mettre un spéculum dans un vagin quoi. C'est radicalement différent. » (Jeanne Bresson, 37 ans, médecin généraliste)*

> *« mais en en gynéco c'est encore peut-être un peu plus, parce que la gynéco c'est quand même la vie, c'est la sexualité au milieu. HUM. Chose qu'on n'a pas dans toutes les spécialités, quand vous allez voir un ophtalmo c'est... ça n'a pas la même… c'est probablement plus technique que dans d'autres spécialités, y'a des tas d'appareils, et ça n'a pas les mêmes, la même symbolique. » (Paul Boffelli, 70 ans, gynécologue-obstétricien)*

En tant que professionnel·le·s, l'EG est parfois considéré comme « *invasif* », « *intrusif* », voire même « *violent* » (n = 4).

7.3.1.3.1 Une définition de la vie intime des femmes

Comme nous l'avons mentionné, la spécificité de l'EG est qu'il renvoie à la sphère de l'« intime » (*e.g.*, « *Ben c'est que c'est, ben c'est quand même un, voilà, c'est enfin c'est un examen qui est intime.* », « *qui relève de l'intime* »). L'intime lié à l'EG et la consultation gynécologique s'articule dans les discours autour de deux dimensions.

Premièrement, si l'EG est intime, c'est qu'il consiste en l'examen des parties génitales des femmes, nécessitant à ces dernières de se dénuder et de s'exposer (n = 9 ; 56.25%). Pour expliquer la dimension intime de l'EG, des représentations associées aux parties génitales féminines sont mobilisées dans les discours. En effet, les parties génitales relèvent de l'intime car elles sont une « *zone* » qui n'est pas montrée, « *cachée* », ou qu'à certaines personnes (n = 7).

> *« qu'on dévoile à personne d'autre que… que soi-même, les personnes avec qui on a envie « et » justement aux médecins, sage-femmes, professionnels. Donc c'est très rare. » (Céline Quang, 30 ans, médecine généraliste)*

> *« sur une zone qu'on ne montre pas et qui est, qu'on garde pour soi. Pour soi ou pour son couple, mais qu'on expose pas, et là il faut se laisser regarder, se laisser toucher. Sur des zones voilà, qu'on ne montre pas, et que personne n'a le droit de regarder, n'a le droit de toucher en général. » (Karine Bardy, 54 ans, sage-femme)*

Parmi les personnes qui ont « *accès* » aux parties génitales, ce sont plus précisément les partenaires sexuels (i.e. le « *conjoint* »), les professionnel·le·s de santé et soi-même. Par ailleurs, les parties génitales relèvent de l'intime en ce qu'elles peuvent être un lieu de plaisir mais aussi de violence, notamment dans son lien à la sexualité (n = 5).

> *« c'est la vie, c'est la mort, c'est la violence, c'est le plaisir, c'est beaucoup de choses hein, cette partie-là hein, donc voilà. C'est, c'est, c'est voilà. Et puis est-ce que c'est porté de façon consciente inconsciente ? Euh… c'est une zone de plaisir comme une zone de douleurs, voilà. » (Lydia Sevin, 40 ans, sage-femme)*

> *« Y a un lien évident, on doit examiner le lieu de la sexualité. Qu'est-ce qu'y a de plus in- intime que la sexualité ? Y a rien ! Et et on on on va l'examiner. On va le « prendre » en charge. » (Paul Boffelli, 70 ans, gynécologue-obstétricien)*

> *« on vient toucher des zones intimes, qui sont euh…, qui sont liées à des associations soit érotiques, soit en termes de violences » (Delphine Le Roux, 35 ans, médecin généraliste)*

Enfin, du fait des représentations associées aux parties génitales et de la pratique de l'examen, comme nécessitant l'introduction d'instruments dans le vagin, certain·e·s évoquent la connotation sexuelle symbolique que peut porter cet examen (n = 4).

Deuxièmement, au-delà de l'EG en lui-même, cette situation est considérée comme intime du fait des discours sur les parties génitales qu'elle va générer (n = 8 ; 50%).

> *« et puis y a aussi quand on est sur le bureau en interrogatoire habillé, enfin voilà, où là on n'est pas du tout dans un examen gynécologique, mais on va parler de cette zone-là, et du coup ça va amener aussi à des discours intimes. À des discours de la sphère intime. » (Jeanne Bresson, 37 ans, médecin généraliste)*

La consultation gynécologique paraît être un lieu privilégié pour aborder certaines thématiques considérées comme relevant de la vie intime des femmes comme la sexualité, les cycles menstruels, l'hygiène, le désir d'enfant, mais aussi les violences. Considérant d'une part l'intime liée à l'examen des parties génitales et l'intime liée au discours sur les parties génitales d'autre part, deux participantes évoquent une double intrusion dans l'intimité.

> *« Au propre et au figuré finalement. On rentre dans l'intimité des gens de façon physique et puis par nos questions. » (Karine Bardy, 54 ans, sage-femme)*

À travers le rapport des professionnel·le·s à l'EG, il s'opère ainsi dans les discours une définition de la vie intime des femmes, dont les parties génitales sont le siège, que ce soit en tant qu'objet de pratique ou objet de discours. À cet égard, cette vie intime des femmes paraît s'articuler autour des cycles menstruels, du désir d'enfant, et de façon prépondérante autour de la sexualité, mais aussi des violences auxquelles les femmes sont confrontées.

7.3.1.3.2 Du côté des patientes (et en tant que patiente) : de l'affectif au culturalisme ?

Lorsque les participant·e·s expriment leur perception du point de vue des femmes sur l'examen, celui-ci est associé à un ensemble d'adjectifs à valence émotionnelle négative (n = 10 ; 62.5%), tels que « *désagréable* », « *gênant* », « *délicat* » ou « *pas anodin* ». Des adjectifs similaires sont retrouvés lorsque les praticiennes investissent l'EG en tant que patiente (n = 5 ; 31.25%). C'est plus particulièrement l'insertion du spéculum, insertion nécessaire dans le cadre du dépistage du CCU, qui est perçu comme étant « *l'élément compliqué* », le « *plus mal vécu* » comparativement aux autres examens (*e.g.*, toucher vaginal) pour les femmes

(n = 4).

7.3.1.3.2.1 L'intime lié à l'examen et l'exposition des parties génitales

Face à la dimension intime de l'EG, les praticien·ne·s font part dans leur discours de différentes réactions des patientes à l'EG. Une majorité de praticien·ne décrit un ensemble de difficultés liées à la nudité et l'exposition des parties génitales (n = 10 ; 62.5%).

> *« Ah oui ! Donc là la honte. Comme c'est intime et qu'elles ont pas l'habitude de montrer cette zone, ben souvent elles ont honte de la montrer. Elles ont honte » (Maude Langevin, 43 ans, sage-femme)*

> *« et puis voilà, dès que je les sens tendues, stressées, et on le voit elles serrent les cuisses, c'est facile chez nous elles font comme ça. C'est un réflexe hein, c'est même pas qu'elles se le disent. C'est que c'est presque inconscient quoi. Elles serrent. » (Anna Dembri, 43 ans, gynécologue médicale)*

> *« Et euh… la pudeur euh…, la pudeur de la, des patientes quoi, où on sent que, moi souvent quand, du coup elle me regarde elle me fait : du du coup j'enlève le, la culotte et tout ? Je fais : ben ouais ouais, on va enlever la culotte [ton embarrassé]. Voilà c'est quand même, y a une hésitation à enlever la culotte. » (Delphine Le Roux, 35 ans, médecin généraliste)*

Ces difficultés semblent se manifester au travers des comportements des patientes, notamment autour du déshabillage, et par l'expression de gêne et de honte. *A contrario*, certaines patientes sont décrites comme étant « *à l'aise* » (n = 8 ; 50 %), du fait qu'elles ont « *l'habitude* », « *savent qu'elles sont là pour ça* », ou sont moins « *pudiques* ».

> *« Y en a quelques-unes, honnêtement, je leur demande rien du tout hein mais bon elles ont l'habitude, pour elles c'est normal hein, je vais chez le dentiste : ouvrez la bouche, c'est logique. HUM. Ben chez le gynéco je me fous à poil quoi. » (Paul Boffelli, 70 ans, gynécologue-obstétricien)*

La dimension intime se matérialise également dans les discours au travers des représentations des pratiques liées à l'EG des patientes, et plus particulièrement sur le fait de se préparer à l'EG. Si l'examen nécessite une « *préparation psychologique* », « *mentale* » (n = 5), c'est aussi qu'il s'articule à toute une préparation (et appréhension) liée aux parties génitales (n = 6).

> *« si elles trouvent qu'elles sont pas, elles sont pas « présentables » elles, elles s'excusent de devoir me montrer cette sphère donc intime euh qui*

pourrait sembler sale ou pas entretenue ou… […]. » (Maude Langevin, 43 ans, sage-femme)

« Parce qu'elles sont gênées aussi de venir, elles me disent : oui mais je me suis pas rasée, je suis désolée » (Claudia Balland, 29 ans, médecin généraliste)

Plus précisément les discours renvoient à une appréhension des patientes quant à la présence de sang des règles, à l'hygiène ou à l'absence d'épilation. Cela peut traduire une certaine représentation des parties génitales et des menstruations comme étant « *sales* », mais aussi une potentielle peur de jugements du corps médical en référence aux injonctions normatives esthétiques qui pèsent sur le corps des femmes. Par ailleurs, le fait de ne pas être prête mentalement et/ou génitalement est évoqué dans les discours comme motif de refus d'examen (« *Donc soit elles me disent : ah ben non j'étais pas préparée psychologiquement* », Maxine Petela, 36 ans, gynécologue médicale ; « *Elles veulent pas parce que je sais pas elles sont pas propres ou…* » Catherine Favre, 49 ans, sage-femme). Cette préparation génitale se retrouve également dans le discours de deux participantes, s'exprimant de leur place de patiente.

« Déjà je me dis : « putain je suis pas correctement épilée », donc j'ai honte. Voilà. J'ai l'impression de faire preuve d'irrespect envers elle. Voilà si je suis pas bien épilée et tout, voilà. » (Lydia Sevin, 40 ans, sage-femme)

« je me souviens pendant ma grossesse je faisais, je faisais gaffe à m'épiler avant et tout, j'ai jamais été aussi bien épilée que quand j'allais chez le gynéco quoi. Alors qu'avec mon mari y a aucun problème, m'en fous ! Mais euh…, et euh…, et euh quand je vais chez ma gynéco pour l'examen, je fais pas gaffe de si je me suis épilée ou pas hein. » (Delphine Le Roux, 35 ans, médecin généraliste)

Pour cette dernière, le fait de s'épiler devient un enjeu prégnant dans le cas où le professionnel est un homme. À cet égard, cinq participant·e·s expriment le fait que les patientes ont tendance à préférer consulter une professionnelle de la gynécologie plutôt qu'un professionnel.

Enfin, il est certaines situations où la dimension intime de l'examen, du fait qu'il concerne les parties génitales, se retrouve culminant ; tel est le cas pour les patientes ayant vécu des violences sexuelles (n = 8 ; 50 %). Les parties génitales se trouvant le lieu symbolique et réel des violences subies, l'EG est considéré par les praticien·ne·s comme un moment particulièrement délicat puisque pouvant faire « *resurgir* » le

« *traumatisme* » et provoquer des « *flashbacks* » (n = 5).

> *« Quand je cite cet exemple-là, parce que cette dame a vécu un traumatisme que je vais lui rappeler, en étant dans une position où elle va se retrouver allongée, c'est quelqu'un d'autre qui va euh…, alors que voilà. » (Anna Dembri, 43 ans, gynécologue médicale)*

> *« Et j'étais sûr que ça passerait comme ça pour elle, parce que c'était tellement euh, je sais pas, symbolique quelque part, je pense, que je me suis dit : c'est sûr que ça va être tellement énorme quoi pour elle, qu'elle va faire un malaise. Et du coup je l'ai calé en fin de consultation. Et ça a pas raté. […] Donc c'est vraiment euh, oui, l'examen gynéco symbole enfin de toute une histoire de vie, d'une agression, c'est marqué euh… dans sa chair quoi. À partir du moment où on va dans cette zone, c'est le corps euh…, le corps réagit de manière hyper forte. » (Camille Perez, 39 ans, médecin généraliste)*

Face à l'EG, les patientes sont décrites comme étant « *bloquées* », « *hors de leur corps* », contractées, ou ayant de vive réactions émotionnelles (« *pleurer* ») (n = 5). Pour une praticienne, les patientes ayant vécues des violences sexuelles peuvent au contraire présenter une « *désinhibition* » du fait d'une « *intimité bafouée* », dont elle se porte le rôle de recréer au travers l'EG.

> *« Et en fait moi je mets vraiment un point d'honneur à recréer cette euh, cette petite inhibition et cette intimité, en leur disant : nan en fait on va pas le faire aujourd'hui. « Mais pourquoi ? ». Mais parce que vous venez de me raconter quelque chose qui… qui demandait beaucoup de courage pour être dit, c'était pas facile de me le raconter, et moi je pense que vous et moi on a besoin de temps pour faire cet examen médical qui touche quand même à vos partie intimes [voix plus basse et douce]. Et vos parties intimes elles doivent, elles se doivent d'être respectées. Et en fait j'essaye de leur recréer un… quelque part un déclic psychologique de se dire : ah ben ouais en fait, ouais, c'est vrai, je peux pas juste me déshabiller comme ça et voilà. J'essaye de recréer un peu ce truc-là. Mais pour elles, pour que, pour que dans leur vie personnelle elles aient un peu ce déclic qui s'installe quoi. Ben si même ma gynécologue elle veut pas me déshabiller et elle veut pas m'examiner aujourd'hui « parce que » c'est des parties intimes, alors pourquoi euh mon mari, mon compagnon, mon père euh ils… ils feraient pas la même chose quoi ? J'ai envie de créer ce déclic-là. […]. » (Olivia Gassiole, 33 ans, médecin généraliste)*

7.3.1.3.2.2 L'intime lié aux discours sur les parties génitales

Comme évoqué précédemment, si l'examen est considéré comme intime c'est aussi car il induit des discours sur les parties génitales. À cet égard, les professionnel·le·s font part de « *tabous* », « *fantasmes* » et « *fausses*

représentations » qu'expriment les patientes en consultation gynécologiques (n = 10 ; 62.5%), notamment autour de la sexualité (n = 4), des parties génitales (n = 4) et des cycles menstruelles (n = 3)[94].

> *« Je peux vous dire qu'y a des fantasmes autour de, du vagin. C'est énorme tout ce qu'y a. Quand on lui avait parlé « petite fille » de jardin secret elle est allée, donc elle s'est dit : ben c'est un jardin secret [en riant] je vais prendre un bouton – elle a pris un truc, un petit objet voilà fétiche, elle l'a mis dans le vagin, elle l'a gardé, elle en a jamais parlé » (Nawel Bouzid, 35 ans, gynécologue médicale)*

> *« Mais euh des fausses représentations du style : les règles, les règles c'est sale, c'est sale, ou bien les règles, si on n'a pas nos règles on est sale. Ça je l'entends tous les jours. C'est pas bien pour le corps de pas avoir ses règles. » (Sofia Royer, 49 ans, sage-femme)*

> *« et puis voilà, c'est pas qu'elle était pas ouverte d'esprit, je pense qu'elle comprenait pas qu'un orgasme c'est pas, c'est pas comme la marche quoi. Je me lève, je marche. Ou j'ai un problème moteur, je me fais opérer et après je remarche. Elle comprenait pas que c'était en lien « avec » le cerveau et que… et que c'était pas un mécanisme « unique ». Mais ça c'est… voilà c'est aussi qu'elle avait un… une façon de voir les choses très euh… très genrée hommes femmes » (Olivia Gassiole, 33 ans, médecin généraliste)*

Ces ensembles de croyances peuvent pour certaines engendrer des conséquences au niveau gynécologique (n = 3), tel le vaginisme :

> *« Et elle me dit : j'ai l'impression que tout ce qu'on m'a interdit avant, ben je me l'interdis, en tous cas mon corps complètement se ferme, est encore fermé. Voilà. Et donc ben là l'examen gynécologique il est « très » très délicat parce qu'on a souvent des vaginismes, conséquence voilà." (Nawel Bouzid, 35 ans, gynécologue médicale)*

> *« Mais ça peut être aussi culturel, le fait que la femme euh ne peut pas s'offrir enfin voilà, qu'il faut qu'elle garde cette pureté. Donc ça s'inscrit dans son corps et également dans les muscles du vagin, si bien que c'est tellement serré qu'on peut pas faire d'examen vaginal. » (Catherine Favre, 49 ans, sage-femme)*

7.3.1.3.2.3 Une vision culturaliste ?

Que ce soit pour expliquer le rapport des femmes à la nudité, la pudeur, ou encore pour expliquer les représentations et tabous des patientes, les professionnel·le·s mobilisent dans leur discours des facteurs socio-culturels.

[94] Dans une moindre mesure, il est également évoqué la fertilité, l'hygiène et la virginité.

« parce qu'y a des patientes pour qui euh… euh… c'est euh… c'est encore plus intime que pour d'autres. Où… enfin dans chaque culture c'est un, c'est une symbolique, une symbolique différente. HUM. Tout, même tout ce qu'y a autour de… j'allais dire de l'examen gynéco mais de… enfin de la gynécologie en général. Euh… ou la natalité, la fécondité, enfin ça a des connotations et des significations différentes en fonction des cultures. » (Céline Quang, 30 ans, médecine généraliste)

Bien qu'évoqué de façon disparate, et parfois de façon implicite (*e.g.*, « *selon les sociétés* », « *en fonction des cultures* »), ce sont plus précisément les origines socio-culturelles des patientes, notamment celles originaires du continent africain (*e.g.*, « *communauté comorienne* », « *les pays du Maghreb* », « *origine africaine* ») et la « *religion musulmane* » qui sont mentionnées.

« parce que finalement les femmes, en plus du quartier où on est, y a, y a quand même pas mal de femmes euh… qui sont voilées, euh… voilà avec la religion musulmane où dans le, dans d'autres cultures et qui en fait cherchent une femme pour ce genre d'examens quoi. Enfin se dévoiler à des hommes c'est gênant pour elles. » (Maude Langevin, 43 ans, sage-femme)

Ici la religion musulmane et les « *autres cultures* » sont mobilisées pour justifier les préférences des femmes pour des professionnelles de genre féminin du fait d'une plus importante pudeur avec les hommes, argument retrouvé dans trois entretiens. Le fait « *d'être voilée* » est associé plus largement à davantage de pudeur.

« Beaucoup pour les examens généraux, elles ont le voile et tout, donc on, on part un peu de sous les habits tout ça, après elles se déshabillent volontiers quand il faut. Mais voilà, y a quand même « de base », déjà ce, ce corps qui est caché, cette pudeur, donc encore plus l'examen gynéco. » (Delphine Le Roux, 35 ans, médecin généraliste)

Plus encore, une professionnelle exprime qu'en fonction de l'âge et de la religion des patientes, elle s' « *imagine un peu comment sera leur examen gynéco, enfin en tous cas leur vulve* », avec par exemple la présence de « *dentelle fine* » et « *pas de pilosité* » pour les jeunes, ou bien des « *vulves nettes* », sans pilosité, « *chez les musulmanes* » (Maude Langevin, 43 ans, sage-femme). Ces « *autres cultures* » sont également évoquées pour justifier les tabous et représentations des patientes.

« Après… on peut en parler même si on a ses idées, mais c'est pas comme ça dans beaucoup de cultures, tu vois. Même si t'as des idées voilà je veux dire… par exemple je sais pas, je sais pas, on fait pas d'examen gynéco avant le mariage puisque pas de rapport sexuel. Mais chez les catholiques

on va en parler un peu plus facilement, tu vois, même si c'est aussi comme ça, on se préserve pour le mariage, on va avoir moins de tabous. Chez euh, au Maghreb par exemple, on parle pas de ça quoi. Tu vois, donc voilà, c'est par rapport à ça. […]. Je pense que la culture y fait tellement beaucoup et… » (Sofia Royer, 49 ans, sage-femme)

« C'est presque culturel, notamment une patiente qui était d'origine africaine, euh voilà on sentait que le rapport sexuel c'était purement masculin dans le sens où y avait pas vraiment un échange de caresses ou de choses comme ça, donc ça peut pas tomber du ciel non plus l'orgasme. » (Catherine Favre, 49 ans, sage-femme)

Pour cette dernière, l'« *origine africaine* » de la patiente est mobilisée pour expliquer la façon dont la patiente se représente la sexualité, soit sous le primat d'une sexualité hétéronormative et pénétrative. Enfin, quatre professionnelles exerçant en contexte de précarité expriment qu'elles perçoivent dans ce contexte davantage de femmes victimes de violences.

« Alors moi en plus j'ai « beaucoup » de femmes, ben du coup on en parlait tout à l'heure, mais qui sont, je suis dans un quartier très précaire. Donc euh… pas mal de femmes victimes de violences. » (Delphine Le Roux, 35 ans, médecin généraliste)

« Je sais pas comment, enfin disons que pour le, pas mal de, le nombre de patientes que j'ai y en a pas beaucoup, mais par rapport au libéral je pense qu'on en a quand même plus » (Claudia Balland, 29 ans, médecin généraliste)

Finalement, si la dimension intime et les enjeux précédemment évoqués semblent être inhérents à l'EG, les éléments relevés ici peuvent questionner sur une vision culturaliste de la vie intime des femmes : que ce soit pour expliquer les tabous des patientes, leur rapport à la pudeur, ou le fait qu'elles aient vécu des violences, ce sont surtout les « *autres cultures* » qui sont mises en avant. À cet égard, cette vision culturaliste de la vie intime des femmes s'exprime plus particulièrement auprès des professionnelles de santé exerçant en contexte de précarité. Il est à noter que deux participant·e·s, n'exerçant pas, ou peu, en contexte précarité mentionnent d'autres facteurs comme la « *société judéo-chrétienne* » ou encore :

« Après ça c'est, j'allais dire c'est une idée toute personnelle, mais c'est qu'aujourd'hui on est sur un retour en arrière complet au corps. C'est-à-dire après la libération du corps, où les femmes étaient à l'aise avec leur corps, aujourd'hui on est sur un retour en arrière, les femmes elles sont plus à l'aise avec leur corps. Comme si de, de nouveau c'était devenu un truc tabou euh…. Donc, alors que ça aurait dû aller que vers l'amélioration. Et

en fait pas du tout ! On a l'impression qu'y a eu la libération des années 60, 70, avec la contraception, je fais ce que je veux avec mon corps, j'ai une contraception, j'ai un enfant si je veux, quand je veux, beaucoup moins de pudeur na na na. Et là c'est [bruit de bouche], c'est l'inverse. On est dans euh…, c'est devenu « tabou » quoi, le vagin, le truc, on prend, tu te rends compte, on va avoir un examen gynéco [ton inquiet]. Ben enfin ! » (Anna Dembri, 43 ans, gynécologue médicale)

7.3.1.3.3 Les pratiques de l'intime

7.3.1.3.3.1 Gestion et respect de la nudité

L'EG étant considéré comme relevant de l'intime, les discours des praticien·ne·s font part de la nécessaire mise en place de pratiques pour la gestion de cet intime en consultation gynécologique.

« Et quand on va proposer un examen gynécologique à une patiente on rentre tellement dans son intimité qu'on est obligé d'en tenir compte […] Se déshabiller, enlever son pantalon, sa culotte, dévoiler ses seins, tout ça c'est compliqué, ça peut être compliqué. Donc on est obligé d'en tenir compte. » (Karine Bardy, 54 ans, sage-femme)

« C'est que non, voilà, comme on aura toujours ce côté pudeur, un peu euh…, pour elles c'est plus intime que, que d'examiner les oreilles, euh… ben on doit apprendre à la gérer. » (Anna Dembri, 43 ans, gynécologue médicale)

À cet égard, l'importance de tenir compte de la dimension intime de l'EG et de respecter la nudité et la pudeur des patientes se matérialisent notamment autour du temps du déshabillage et rhabillage (n = 10 ; 62.5%).

« C'est-à-dire que je leur dis : nan mais ne vous déshabillez pas entièrement, enlevez déjà le haut, on va commencer par le haut. Et après je les fais se rhabiller en haut et je dis : ok, maintenant vous pouvez enlever le bas, on va faire le bas. Et elles sont plus à l'aise, c'est évident. C'est « horrible » de se retrouver nue comme un ver dans une [rire], dans une salle avec des murs blancs, où on est là, on sent tout petit tout nu, enfin c'est quand même euh… c'est quand même difficile quoi. Ben ça c'est des choses par exemple qui, je trouve, les mettent à l'aise et leur permettent de mieux appréhender cet examen. » (Olivia Gassiole, 33 ans, médecin généraliste)

« Et donc je leur dis toujours : on fait en deux temps, comme ça vous vous trouvez pas toute nue d'un coup, c'est très désagréable pour vous, je le comprends, voilà, moi non plus j'aime pas être à poil comme ça. Donc elles, je leur dis : si vous voulez enlever le bas, comme ça on fait l'examen génital, vous vous rhabillez et puis on fera la palpation des seins après. Alors ça, c'est une révolution depuis que je leur propose ça, c'est « beaucoup » plus facile. » (Anna Dembri, 43 ans, gynécologue médicale)

À cette façon de découper le déshabillage pour éviter que les patientes se retrouvent entièrement nues (n = 9), les praticien·ne·s font également part d'une gestion de l'espace de consultation dont l'enjeu est de ne pas « *regarder* » les patientes, que ce soit par la présence d'un paravent délimitant l'espace de déshabillage ou en effectuant d'autres tâches.

> *« Quand elles se déshabillent moi je suis pas en train de les regarder en train de se déshabiller, je fais autre chose. Elles montent sur la table, voilà j'ai pas besoin de les regarder. Moi pendant qu'elles se déshabillent je suis le dos tourné, je vais préparer mon matériel, enfin je vais pas les observer quoi. Des petits trucs comme ça. La patiente elle se sent un peu moins… un peu moins observée. Après euh ça fait partie de l'examen clinique hein de les observer, je dis pas qu'après quand je suis assise je les observe pas, mais pas forcément quand elles se déshabillent ou quand elles vont s'habiller. Parce que voilà ça peut mettre une gêne. » (Sofia Royer, 49 ans, sage-femme)*

Au-delà de « ne pas regarder », il semble qu'il s'agisse de signifier, montrer aux patientes qu'elles ne sont pas regardées, soit de leur signifier que leur intimité est respectée. Enfin, toujours dans la gestion et le respect de la nudité, quelques professionnel·le·s expriment proposer un « *drap* » ou un « *papier* » lors de l'EG « *pour faire comme une jupe* », notamment lorsque les patientes paraissent exprimer de la gêne.

À ces pratiques de gestion du corps et de la nudité, ce sont aussi des discours sur le corps et l'examen qui sont mentionnés, afin de dédramatiser, banaliser et rassurer les patientes (n = 7 ; 43.75%), notamment autour de leurs appréhensions quant à leur corps et leur parties génitales (n = 4).

> *« Ouais, la pilosité ça surtout. Y en a beaucoup qui me disent : ah [aspiré] je suis pas rasée. Je dis : mais vous inquiétez pas, moi ça me gêne pas pour faire un examen [rire]. Pareil, je leur redis l'anatomie comment c'est fait, que toute façon y a pas de poils à l'intérieur et que moi c'est ça qui m'importe quoi. Et que de toute façon euh…, maintenant euh… les poils ça commence un peu à rentrer dans l'ordre des choses. On est en 2023 [léger rire]. Que c'est pas sale [léger rire]. Mais bon, hum. » (Claudia Balland, 29 ans, médecin généraliste)*

La normalisation de la présence de poils ou la banalisation de la présence de sang de menstruations sont ainsi retrouvées dans les discours des professionnel·le·s. Pour dédramatiser la situation de l'EG, certaines praticiennes relatent utiliser l'humour

et la plaisanterie avec les patientes (n = 4).

> *« Oui moi je blague toujours quand elles me disent : ah j'aime pas trop l'examen gynéco ! Alors moi je leur réponds, je dis : ben écoutez en même temps je préfère que vous me disiez pas que vous arrivez, que vous êtes super contente que je pose un spéculum – LEGER RIRE -, je le vivrais pas très bien donc euh…. C'est, voilà, je vous fais l'examen parce qu'il faut le faire. Donc et ça, ça les fait sourire aussi, voilà, c'est plein de petits trucs comme ça qui vont, qui vont euh… voilà. Ou je leur dis : en général on est au numéro deux, y a le dentiste en pire que nous et après y a les gynécos. Donc elles rigolent. » (Anna Dembri, 43 ans, gynécologue médicale)*

7.3.1.3.3.2 Rôle perçu dans l'abord de sujets intimes et tabous en consultation gynécologique

Si l'EG est intime, c'est aussi qu'il induit des discours sur les parties génitales. En cela, les professionnel·le·s font part dans leurs discours de leur perception de leur rôle dans l'abord de sujets intimes et tabous en consultation gynécologique, comme offrir un espace de parole sur la vie intime des patientes (n = 4).

> *« Donc on va être une « porte », je trouve que le professionnel peut être une porte à beaucoup de…, beaucoup de très intime. Et euh… et ça peut être l'occasion, comme ça a été l'occasion cette fois-là de… voilà d'échanger sur l'intimité, sur la vie, sur voilà les relations avec la famille, la relation avec le conjoint. Et ça c'est pas donné, c'est pas donné à la plupart des gens quand même. » (Karine Bardy, 54 ans, sage-femme)*

> *« Mais pour moi c'est déjà un traitement en fait de discuter avec une patiente de son intimité, de sa sexualité et de, et de son épanouissement personnel, pour moi ça fait partie de sa santé, c'est pas… c'est pas « séparé » du reste quoi. C'est pas possible. » (Olivia Gassiole, 33 ans, médecin généraliste)*

> *« Et euh voilà encore pareil, même si, c'est-à-dire même si je parle de sexualité c'est que dans, dans… vous voyez c'est pas pour rentrer dans son intimité ou autre, c'est pour essayer de « l'aider », de l'accompagner là-dedans, comme font les sexo ou autres. Ça fait « aussi » partie de notre métier. » (Anna Dembri, 43 ans, gynécologue médicale)*

Face aux « *tabous* » et « *fausses représentations* » des patientes et leur manque de connaissance quant à leur anatomie (n = 5), la consultation gynécologique paraît aussi être le lieu pour transmettre des connaissances aux patientes sur l'anatomie et la sexualité (n = 5).

> *« Et puis il faut réexpliquer, expliquer voilà le corps, les sensations, la notion de plaisir, la notion de consentement etc. etc. » (Nawel Bouzid, 35 ans, gynécologue médicale)*

« Ben moi j'essaye déjà de… j'essaye déjà de…, par les explications hein, de… de rectifier de fausses représentations. Déjà. Donc ça c'est le début. Déjà qu'on leur explique pas à pas. Qu'on leur montre, voilà y a plein de fausses représentations » (Sofia Royer, 49 ans, sage-femme)

« Souvent je reparle de l'anatomie, en disant : est-ce que vous savez comment vous êtes faite et cætera ? Et toutes sont très étonnées finalement [ton amusé] de voir, quand j'utilise des schémas simples, elles me disent : ah d'accord, ok. » (Claudia Balland, 29 ans, médecin généraliste)

« moi j'ai, j'ai un petit atlas d'anatomie et je le ressors beaucoup parce que le col de l'utérus, l'utérus, les ovaires, c'est quand même je pense à des moments euh… assez flou : où euh, où ça se trouve ? où est-ce qu'on met un stérilet ? où est-ce qu'on fait un frottis ? et cætera quoi. » (Camille Perez, 39 ans, médecin généraliste)

Ce travail d'explication permettrait pour certaines de rendre acceptable l'examen (n = 2). Il en reste que ce travail d'explication peut nécessiter du temps et être difficile à articuler avec l'EG et la consultation (n = 3). Il est également mentionné le fait de donner des conseils aux patientes pour leur sexualité et leur vie de couple, et notamment des pratiques sexuelles dans le couple comme « *utiliser du lubrifiant* » (n = 3), « *discuter dans le couple* » (n = 2), ou encore « *prendre son temps avec son mari, commencer à faire des caresses* » (n = 2). Enfin, pour les professionnel·le·s, c'est au travers d'une relation de confiance, pouvant prendre plus ou moins de temps, que ces sujets peuvent être abordés en consultation (n = 4).

Pour autant, la sexualité paraît être abordée dans certains contextes. Parfois les patientes évoquent elles-mêmes la thématique, majoritairement sous l'angle de difficultés comme la présence de douleurs lors des rapports sexuels (n = 5). Autrement, la sexualité est abordée, ou non, en fonction du motif de consultation (*e.g.*, contraception, risque d'IST) et/ou du problème de la patiente (n = 5).

« De savoir comment ça se passe dans leur sexualité, parce que je leur demande pas aussi, pareil, je sais pas moi, si elle vient pour autre chose qui n'a rien à voir, je leur demande pas toujours comment se passe leur sexualité. Donc euh… pas à chaque consultation. Si elle vient pour une colposcopie par exemple, pour un frottis anormal, je vais pas aller leur demander si elles vivent bien leur sexualité. C'est pas pareil que les dames en suivi, donc c'est vrai que ça dépend aussi. » (Paul Boffelli, 70 ans, gynécologue-obstétricien)

« ben ça ça vient un peu sur les motifs de consultation, après je demande pas forcément quand est-ce qu'elles ont démarré mais euh, ça peut être sur une demande de contraception, euh… ben quel type de partenaires elles

ont ? est-ce que c'est un seul partenaire ? est-ce que c'est régulier ? est-ce que c'est un homme ou une femme ? Du coup pour établir un petit peu les besoins » (Camille Perez, 39 ans, médecin généraliste)

7.3.1.3.3.3 Le dépistage des violences (sexuelles)

Dans la mesure où les violences semblent partie intégrante de la vie intime des femmes, le dépistage des violences faites aux femmes paraît être un enjeu de la pratique en gynécologie (n = 11 ; 68.75%). En effet, avoir connaissance des violences que les patientes ont potentiellement vécues, et notamment les violences sexuelles, aurait plusieurs intérêts comme permettre aux praticien·ne·s d'appréhender l'EG autrement et d'adapter leur pratique (n = 4).

« En tous cas je… je pense que, si je vois que ça passe pas bien, ben rapidement je dirais : ben on, on fait ça la prochaine fois, voilà. J'insisterais pas ou…. Même si elle me dit : mais allez-y, allez-y. Je dirais : là vous voyez que, enfin je comprendrais si y a un spasme ou quoi, de vaginisme je, je saurais la cause et du coup je dirais : bon, on va peut-être « travailler » un petit peu plus, on va se voir pour discuter de ce qui s'est passé, et quand vous serez prête, là on fera l'examen. » (Claudia Balland, 29 ans, médecin généraliste)

Pour cinq praticien·ne·s, c'est également dans une visée de diagnostic et de prise en charge que la connaissance du vécu de violences des patientes semble pertinente, du fait d'un lien perçu entre des pathologies ou symptômes parfois inexpliqués sur le plan médical et le vécu de violences (n = 5). Finalement, la question des violences vécues des femmes, et notamment des violences sexuelles, paraît déterminante dans la façon dont les professionnel·le·s se représentent l'expérience de l'EG des patientes (i.e., « *flashback* »), mais aussi sur la pratique même de l'examen et pour la prise en charge des patientes.

En ce qui concerne les modalités de dépistage des violences, sur huit professionnel·le·s, six expriment le questionner lors de l'interrogatoire de façon (quasi)systématique ou, en tout cas, soulignent l'importance de le faire.

« dans les antécédents je demande systématiquement : est-ce que y a déjà eu des violences dans votre vie, verbales, physiques, ou morales ? Comment vous les avez vécues ? » (Claudia Balland, 29 ans, médecin généraliste)

« Et ça fait partie des questions, alors que je pose moi, pas souvent mais que, enfin pas systématiquement, mais qu'il faudrait poser tout le temps,

sur : avez-vous déjà subi des violences ? » (Camille Perez, 39 ans, médecin généraliste)

« c'est-à-dire une nouvelle patiente elle aura systématiquement la question de : est-ce que vous avez euh… eu des violences sexuelles, familiales ? Ou est-ce que vous vous rappelez de, d'attouchements dans l'enfance ? Voilà. Donc ça c'est la question. » (Anna Dembri, 43 ans, gynécologue médicale)

Pour cette dernière, le fait de poser la question de façon systématique semble dépendre du contexte de consultation, et notamment s'il s'agit de patiente en suivi ou de patientes rencontrées ponctuellement.

« Je vais pas me mettre à poser la question pour toutes femmes qui vient, je sais pas, pour passer une échographie ou autre. [Léger bafouillement], je pense que dans l'autre sens ce serait bizarre, j'en sais rien peut-être pas. Peut-être que dans quelques années vous reposerez la question, je dirai : oh oui maintenant je demande à « tout ». Mais c'est, en tous cas c'est pas ma pratique aujourd'hui. Non. Ça l'est dans mes patientes en suivi. Mais dans les patientes en ponctuel, qui viennent pour un examen précis euh je je leur demande pas. » (Anna Dembri, 43 ans, gynécologue médicale)

Quatre praticiennes mentionnent le questionner si l'examen est « *compliqué* », comme la perception de l'expression de malaise de la patiente ou selon la vitesse perçue de déshabillage. Deux autres relatent également questionner le vécu de violences des patientes lorsque des « *symptômes bizarroïdes* » sont repérés ou selon les antécédents des patientes (*e.g.*, « *anorexie* »). Si présenté par certain·e·s comme important et à faire de façon systématique, les modalités de dépistage semblent donc relatives à leurs représentations des patientes, de l'origine de leurs symptômes et des modalités du suivi.

Ainsi, les pratiques de l'intime s'articulent à la fois autour de pratiques autour du corps, des parties génitales et de la nudité, et de pratiques discursives associées, contribuant à la définition de la vie intime des femmes (*e.g.*, sexualité, violences) en consultation gynécologique. Enfin, si la pratique de l'EG et plus largement l'exercice dans le domaine de la gynécologie nécessite des compétences techniques et médicales (n = 7) mais aussi relationnelles et communicationnelles (n = 9), pour certaines, être à l'aise avec la dimension intime de l'examen et des sujets abordés est considéré comme une compétence nécessaire (n = 2).

« Et je le vois d'ailleurs au niveau de mes collègues, y a des collègues qui sont pas du tout à l'aise avec ça, et moi je dis il faut l'entendre en fait. Il faut surtout pas laisser un médecin faire des examens qu'il n'a pas envie de faire. Parce que je pense que c'est pas agréable pour les femmes d'avoir quelqu'un qui est pas à l'aise sur ça. Enfin c'est quand même particulier comme... Enfin voilà, notre rapport, enfin… socialement c'est une zone intime et du coup voilà je pense qu'il faut avoir envie de le faire, enfin, comme tout métier hein [rire], mais, en tous cas c'est quand même plus agréable pour une personne quand… oui. » (Jeanne Bresson, 37 ans, médecin généraliste)

7.3.1.4 Les bonnes versus mauvaises pratiques liées à l'examen gynécologique

Si l'évocation de mots renvoyant à la sphère des pratiques et des relations soignant·e-soignée est moins fréquemment observé en comparaison aux dimensions médicale et intime de l'EG (n = 12 ; 18.75% : « *douceur* » n = 2 ; « *respect* » n = 3 ; « *mettre à l'aise* » n = 1 ; « *relation* » n = 1, *etc.*), la description des pratiques mises en place autour de l'EG est centrale dans les discours des participant·e·s.

7.3.1.4.1 Les pratiques qui conditionnent un EG bien vécu

Nous avons vu précédemment que la dimension intime de l'EG nécessitait la mise en place de certaines pratiques autour du corps et de la nudité. À ces « bonnes » pratiques de l'intime, les professionnel·le·s décrivent un ensemble de pratiques pour un EG bien vécu qui s'articulent, entre autres, autour des explications, de la douceur et la gestion de la douleur.

« C'est un examen plus…, ouais, plus intrusif peut-être, on peut dire. […]. Disons que je [léger rire], si je veux ausculter quelqu'un, écouter son cœur, je, je le préviens mais je, je fais pas forcément la même préparation ou la même…, je préviens pas de la même manière que quand je vais faire un examen gynécologique quoi. » (Camille Perez, 39 ans, médecin généraliste)

7.3.1.4.1.1 Explications et informations

L'importance des explications et des informations pour mettre à l'aise les patientes est mentionnée et décrite pour 14 des praticien·ne·s (87.5%). Par explications, il s'agit d'informer les patientes sur l'EG, comment il se déroule et pourquoi il est fait, notamment avant de réaliser l'examen.

« C'est très important d'expliquer, alors dans tout ce qu'on fait de toute façon en médecine on doit expliquer notre examen, on doit expliquer euh… notre examen cardiopulmonaire, on doit expliquer pourquoi on fait ouvrir la

bouche aux patients. Au niveau gynécologique plus particulièrement je trouve qu'on doit expliquer tous gestes. Notamment quand on pratique par exemple un toucher vaginal ou un toucher rectal, faut expliquer le geste » (Nawel Bouzid, 35 ans, gynécologue médicale)

« Parce que quand on leur explique, ça prend peut-être une minute ou deux mais derrière l'examen est beaucoup plus rapide entre guillemets parce qu'elles elles se sentent mieux, elles se sentent plus à l'aise, et du coup l'examen se passe beaucoup mieux. Donc c'est important de prendre ce temps-là. » (Olivia Gassiole, 33 ans, médecin généraliste)

Ce sont aussi les explications au fur et à mesure de l'examen qui sont mentionnées, et plus précisément le fait de prévenir, voire demander, notamment lors de l'insertion du spéculum (n = 7).

« J'explique au fur et à mesure tout ce que je fais, voilà, quand j'examine les seins et quand je commence, je dis, voilà je, je, je : « madame je vais vous toucher », voilà, « madame je vais poser le spéculum, madame j'ouvre le spéculum, madame voilà je vais poser une pince, madame je vais introduire le… le stérilet », voilà. J'explique tout ce que je fais. » (Lydia Sevin, 49 ans, sage-femme)

« Et quand on est, une fois qu'elles sont sur la table on leur dit : c'est bon pour vous, on peut poser le spéculum ? Comme ça y a pas aussi ce côté surprise, où « boum » elles ont le spéculum » (Anna Dembri, 43 ans, gynécologue médicale)

Cette temporalité des explications en amont et durant l'EG semble revêtir différentes fonctions. Tout d'abord, informer les patientes permettrait de les rassurer par un sentiment de contrôle de la situation, et en cela, rendre acceptable l'examen. Cet aspect semble d'autant plus saillant que l'EG concerne les parties génitales. À cet égard, prévenir au fur et à mesure de l'examen est une façon de respecter le corps des patientes et de leur signifier, afin qu'elles ne soient pas « *surprises* » et vivent mal leur consultation. Au-delà d'informer les patientes pour que l'examen soit bien vécu, expliquer et informer semblent être une façon de neutraliser la dimension intime de l'examen et sa possible connotation sexuelle pour les patientes, mais aussi en tant que professionnel·le. Relatant une consultation avec une patiente ne maîtrisant pas la langue française, l'extrait ci-dessous en est saillant :

« Je vous assure elle est venue avec sa belle-sœur, j'ai dit : « vous lui expliquez tout ce que je vais faire, expliquez-lui bien que je vais l'examiner, que je vais mettre un spéculum, que voilà, expliquez-lui ». Je vous assure, quand quand, elle est descendue de la table d'examens elle était « comme ça » [dit avec malaise], elle est allée s'assoir elle était comme ça sur sa

chaise [la répondante mime la posture]. HUM. Et je lui ai dit : « est-ce que vous lui avez bien expliqué tout ce que j'allais lui faire, parce que j'ai l'impression de, de… - je lui ai dit – j'ai l'impression de l'avoir violé quoi [en mâchant ses mots] ». Elle était comme ça, prostrée sur sa chaise. Pourtant c'était son septième enfant. Je veux dire elle a dû en avoir des examens gynécos voilà. C'est quelque chose qu'elle a « mal » vécu. » (Lydia Sevin, 49 ans, sage-femme)

Par ailleurs, cet extrait pose également la problématique de la barrière de la langue et sa gestion en consultation (n = 5), puisqu'il devient difficile d'expliquer et de prévenir les patientes. Enfin, la question des explications parait être un enjeu des pratiques professionnelles liées au dépistage du CCU (n = 5), avec notamment des difficultés d'explications du dépistage et/ou lors de résultats positifs aux HPV.

« Ben, en fait c'est compliqué le dépistage je trouve parce que… euh souvent on leur explique et puis ensuite je me rends compte qu'on doit peut-être mal leur expliquer ou pas assez, parce que certaines patientes reviennent me voir, me disent : mais j'ai fait le frottis mais on m'a pas fait le…, enfin là j'ai reçu la feuille du dépistage du cancer du col. Je lui dis : mais c'est ça le frottis. Donc en fait euh… je pense qu'y a encore une fois une explication à donner sur le dépistage du cancer du col sans inquiéter les femmes. » (Nawel Bouzid, 35 ans, gynécologue médicale)

7.3.1.4.1.2 Douceur et gestion de la douleur

Pratiquer l'EG avec « *douceur* », « *délicatesse* » est évoqué par neuf professionnel·le·s. Par douceur, il est entendu « *douceur physique* », « *dans le geste* », soit une absence de « *brutalité* ». La douceur se matérialise également dans le respect de la temporalité des patientes et le fait de ne pas les brusquer lors de l'EG (n = 6).

« par exemple avant de poser un stérilet, qui va dire : attendez je me sens pas, je me sens pas. Allez-y, et puis non finalement arrêtez. Enfin voilà, il faut… Faut avoir le temps. Moi souvent je leur dis : mais y a pas de souci, on fait une pause – puisque je fais exprès de prendre des créneaux longs. Les dames savent aussi, vu que quand elles viennent, s'il y a besoin de temps elles savent que je prendrais le temps. Donc c'est pareil, elles viennent en se disant, en stressant pas en fait, en se disant pas : oh la la, ça va être rapide, ça va me faire mal. Elles savent que je vais prendre le temps si y a besoin de temps. » (Claudia Balland, 29 ans, médecin généraliste)

La douceur et le respect de la temporalité des patientes paraissent alors importants pour ne pas faire mal aux patientes, voire « *ne pas les traumatiser* ». Si pour certain·e·s ne pas faire mal est présenté comme une « *évidence* », d'autres

expriment que la douleur est parfois inévitable selon le problème de la patiente et/ou le type d'examen réalisé (n = 7).

> *« Oui enfin disons qu'on aura beau tout faire pour l'éviter, ben parfois malheureusement ça fait partie du… du soin. Parce que euh…, parce qu'un frottis on va faire un prélèvement, donc selon la sensibilité de chacun ben ça peut faire mal. Et puis ben une pose de stérilet, une pose d'implant, euh un examen, une dame qui vient pour des douleurs, ben on va aller regarder ce qui se passe, mais du coup le fait de l'examiner, de lui mettre un spéculum, de lui faire un toucher vaginal, va redéclencher les douleurs. Ça fait partie un peu de… ben du soin quoi, voilà. » (Camille Perez, 39 ans, médecin généraliste)*

La présence de douleur peut également être informative du problème de la patiente. En cela, engendrer de la douleur du fait d'un manque de douceur peut être contre-productif dans la pose de diagnostic.

> *« Donc par la suite, dans l'examen, euh quelqu'un qui a mal il se méfie quoi. Pour moi l'examen c'est un peu informatif. Vous voyez ce que je, vous comprenez ce que je veux vous dire ? Parce que je lui ai fait je lui ai fait mal dès le premier temps de l'examen, après quand je vais l'examiner que je vais lui faire le toucher vaginal là elle va elle va sauter au plafond et je saurais pas si c'est parce qu'elle a vraiment mal ou si c'est les les séquelles du du traumatisme que je j'ai fait subir au au départ. Donc prudence et presque et et progressivité dans l'examen. » (Paul Boffelli, 70 ans, gynécologue-obstétricien)*

Face aux examens douloureux, les praticien·ne·s relatent tout un travail d'accompagnement pour que les patientes réussissent à faire l'EG et se détendent (n = 9), comme prévenir la douleur en amont (*e.g.*, prise de Spasfon, traitement vaginal), ne pas laisser les patientes dans la douleur en ajoutant du lubrifiant, ou encore donner des conseils lors de l'EG pour gérer la douleur (*e.g.*, respiration). Il s'agit également de savoir s'il faut poursuivre, ou non, l'examen.

> *« c'est toujours cette zone-là quoi de, cette zone d'inconfort, voire de douleurs qui est euh…, qui est, où tu te questionnes de…, de : à quel moment leur rapport, on va dire, bénéfices risques, enfin en termes de, d'importance du dépistage euh…, du coup tu dois être sûre de voir le col versus la douleur de la patiente, son expérience négative, sa crainte de l'examen et cætera. » (Delphine Le Roux, 35 ans, médecin généraliste)*

Face à l'expression de douleur, une majorité de professionnel·le·s exprime arrêter l'examen (n = 5), d'elles-mêmes ou à la demande des patientes (n = 2), arrêt qui peut s'accompagner d'un report d'examen (n = 5).

« Et puis des fois, si « vraiment », ça m'est arrivé des fois de pas « pouvoir » ouvrir le spéculum. De dès que j'essayais d'ouvrir, les entendre « crier ». Donc là j'ai fait : non ! » (Delphine Le Roux, 35 ans, médecin généraliste)

« et si je sens que je force trop ben là c'est moi qui dis : j'arrête là je peux pas là, c'est pas possible, je sens que je vous fais trop mal. Voilà ou même des fois elles disent : si si allez-y, continuez. Ben je dis : non c'est pas possible. Donc voilà c'est tout on arrête. » (Catherine Favre, 49 ans, sage-femme)

« Des fois quand ça bloque je leur dis : ben c'est pas grave, ça marche pas aujourd'hui, on se revoit. Elles me disent : non allez-y, allez-y. Non mais ça sert à rien que vous ayez mal, vous revenez dans une semaine [ton rieur], voilà. » (Camille Perez, 39 ans, médecin généraliste)

D'autres expriment demander aux patientes si elles poursuivent ou non l'examen (n = 2), ou encore insister à l'examen avec rapidité malgré les douleurs de la patiente (n = 3).

« Je me rappelle euh… c'était, y avait un médecin qui était avec un interne, et donc ils avaient un peu de mal pour poser euh… un stérilet. Et donc le médecin elle m'appelle, elle me dit : « Lydia est-ce que tu peux venir euh… nous aider ? ». Et l'interne il était là, donc il avait déjà le, le, cette patiente elle était crispée. Il avait déjà commencé à monter le… l'inserteur, voilà. Et… et la femme elle avait mal. Et là je lui dit : « Florent, on est déjà allé trop loin, il faut qu'on finisse ». La femme elle lui a dit : « enlevez tout », j'ai dit : « non, il te reste un demi-centimètre et on y est, on l'a déjà faite assez souffrir, on va pas tout retirer, lui redemander de revenir parce que rien ne nous garantit que ça se passera mieux », j'ai dit : « vas-y ». Alors voilà, je lui ai dit d'être euh [en riant], de continuer à faire mal à cette patiente. Mais moi j'ai estimé à ce moment-là que vu ce qu'elle avait enduré, on était à « ça ». J'ai dit : « on y est, on finit ». Voilà. » (Lydia Sevin, 49 ans, sage-femme)

Par ailleurs engendrer de la douleur chez les patientes (n = 4) fait émerger des discours à valence socio-affective. Si pour deux praticiennes une certaine forme d' « *habitude* » aux examens douloureux est présente, quatre expriment de l'inconfort, voire de la colère ou de l'appréhension.

« Forcément dès qu'y a douleur y a une colère interne. On fait mal donc au fond de nous on se dit : mince ! j'ai pas réussi à… j'ai pas réussi à être comme je devais l'être, douce, bienveillante etc. Alors oui je pense que j'ai été quand même dans la bienveillance puisque j'ai quand même respecté toutes les, tous les codes mais elle a quand même eu mal, donc forcément y a une petite, une colère, une colère interne en se disant : mais – sur moi-même hein – en disant ben là t'as fait un examen gynécologique qui a été un petit peu sensible. » (Nawel Bouzid, 35 ans, gynécologue médicale)

« Ben c'est très dur ! C'est très du-, c'est, c'est, c'est vraiment pas, c'est vraiment très désagréable de faire mal. Et euh… par exemple moi je pose les stérilets parce que c'est nécessaire et parce que ça rend vraiment service de poser des stérilets, mais j'ai toujours la trouille de faire mal. » (Édith Bocquet, 37 ans, médecin généraliste)

Il en est ainsi une situation désagréable pouvant mettre à mal l'identité professionnelle puisque cela peut donner l'impression de « *mal faire son travail* ».

Aux explications, à la douceur et aux pratiques de l'intime, les enjeux de l'interrogatoire sont également mentionnés, notamment car il représente le temps de la création de la relation avec les patientes et de leur mise en confiance (n = 5), ou encore l'importance de s'adapter aux patientes (n = 10). Ainsi, lorsque les professionnel·le·s s'expriment sur les pratiques qui conditionnent un examen bien vécu, ce sont avant tout leurs propres pratiques liées à l'EG qu'ils/elles décrivent. Par ailleurs, ces pratiques présentées ont des fonctions pour les patientes, soit qu'elles aient un bon vécu, et par là, elles ont une fonction pour les praticien·ne·s. En effet, l'enjeu est que les femmes mettent en place un suivi gynécologique et aient recours à l'EG et au dépistage du CCU régulièrement (n = 9 ; 56.25%). Pour cela, il est nécessaire de rendre l'examen « *acceptable* » et que les patientes « *ne vivent pas mal* » ou ne « *soient pas traumatisées* » par une expérience de consultation.

« C'est pour ça que quand les gens passent le… franchissent le cap et viennent nous voir on a envie malgré tout de… de satisfaire. Pour créer le lien et qu'ils reviennent. » (Maude Langevin, 43 ans, sage-femme)

« parce que je me dis qu'elles ont besoin d'en avoir toute leur vie. Puisque du dépistage, même sans symptôme, on a besoin d'en faire. Et que donc je, je voudrais jamais euh…, voilà, je voudrais toujours, qu'au contraire, qu'elles se disent : bon ben finalement, c'était pas si terrible. » (Anna Dembri, 43 ans, gynécologue médicale)

7.3.1.4.2 Autour du consentement : donner le choix ou l'illusion du choix ?

La question du consentement à l'EG émerge dans 15 entretiens (93.75%). Il est à noter que si nous employons le terme « consentement » comme catégorie d'analyse ici, il n'est pas forcément mobilisé de la sorte par tous et toutes les participant·e·s. Le consentement à l'EG parait être sensiblement tributaire de diverses significations.

7.3.1.4.2.1 Les représentations du consentement

La demande du consentement est présentée comme une pratique récente, qui se fait de plus en plus (n = 2).

« Avant ça devait, en gros c'est la femme qui devait assumer de dire : je veux pas d'examen. Alors qu'aujourd'hui, si on dit vous êtes d'accord pour être examinée, ben tout de suite c'est plus facile, enfin vous voyez dans le… la façon de répondre. Vu qu'on, vu qu'on laisse l'option, donc elle sait plus ce qu'elle a le droit de dire non. Alors qu'avant, finalement, les femmes un peu peut-être sous l'emprise du médecin, la peur de, de dire quelque chose, donc elles disaient rien, alors qu'en fait elles voulaient pas. Alors que si on leur demande, elles savent que du coup si on leur demande c'est qu'elles ont le droit de dire : non. » (Anna Dembri, 43 ans, gynécologue médicale)

L'avènement du consentement se traduit ici au travers d'une évolution des relations médicales. Laisser la possibilité aux patientes de refuser l'examen permet dans une certaine mesure d'amoindrir l'asymétrie de la relation soignant·e-soignée. Cette pratique serait par ailleurs « *appréciée* » par les femmes. Si la demande du consentement est une pratique récente, qui se fait de plus en plus, la présomption du consentement à l'EG est retrouvée dans deux entretiens.

« C'est ça que je veux dire, « ah je vais pas y échapper euh, on va m'examiner ». Pff ouais mais bon c'est c'est c'est de la gynécologie, c'est là que ça se passe donc il faut y aller quoi. Voilà. Comme un ophtalmo, quand tu vas chez un ophtalmo tu sais pourquoi tu y vas hein, tu vas pas dire : « ah je vais pas échapper, ah » [ton de contrainte]. Ben oui faut bien qu'il voit si ça a évolué ou pas, je sais pas quoi. Voilà, tu vas voir un ORL [en riant], tu vas pas examiner, voilà quoi, il va forcément t'examiner les oreilles, tu vas pas dire : « oh pourvu qu'il m'examine pas les oreilles ». Ben je sais pas si tu vas voir un ORL tu t'attends à quoi quoi ? » (Lydia Sevin, 49 ans, sage-femme)

Cette présomption du consentement se traduit par l'idée que du moment où une patiente consulte en gynécologique, il est supposément admis qu'elle accepte de se faire examiner. Inversement, le caractère dynamique du consentement est mentionné par quatre professionnel·le·s, soit le fait que le consentement peut être retiré à tout moment, et donc que l'examen peut s'arrêter à tout moment. En cela, recueillir un consentement écrit en amont de la consultation peut être considéré comme une « *absurdité* », du « *pipeau complet* », puisque étant avant tout une façon de « *se mettre en règle avec la loi, avec l'éthique* » (Paul Boffelli, 70 ans, gynécologue-obstétricien). Enfin, quatre professionnelles s'expriment sur l'absence de consentement.

« Si j'ai pas son consentement, je force, c'est un viol. Enfin je considère ça comme un viol. Un viol de l'intimité de la patiente alors qu'elle est pas d'accord. » (Catherine Favre, 49 ans, sage-femme)

« ça peut être, ça peut être euh mal vécu, enfin si c'est vécu comme une obligation, que ça a pas été expliqué et que la femme se sent euh… se sent obligée ou est contrainte, ça peut être vécu comme une agression. » (Karine Bardy, 54 ans, sage-femme)

« Parce que je veux surtout pas que ça entraîne un traumatisme chez elles. Le fait de faire cet examen. Il faut pas qu'elles se sentent forcées, il faut pas qu'elles aient l'impression qu'elles ont pas le choix, et il faut pas qu'elles aient l'impression que… que c'était un rendez-vous traumatisant pour elles quoi. » (Olivia Gassiole, 33 ans, médecin généraliste)

Bien que ces trois extraits traduisent l'importance du consentement à l'examen, quelques nuances sont à apporter. En effet, pour la première, réaliser un examen sans le consentement de la patiente est considéré comme un viol (n = 2). Pour les deux autres, si l'absence de consentement est considérée comme potentiellement « *traumatisant* » pour les patientes, la responsabilité est davantage portée sur le vécu des patientes que sur les pratiques mises en place. S'« *il faut pas qu'elles aient l'impression qu'elles ont pas le choix* », peut-être faut-il alors qu'elles aient l'illusion d'avoir le choix ?

7.3.1.4.2.2 Les pratiques du consentement

Sur les 11 professionnel·le·s qui s'expriment quant à leurs pratiques, la totalité exprime demander l'accord aux patientes. Les formulations employées peuvent nous informer sur le rapport des professionnel·le·s au consentement et, plus largement, à leur vision de la relation médicale. Pour neuf professionnel·le·s, le « *consentement* », « *l'accord* » des patientes paraît être « *demandé* » de façon explicite.

« je dis toujours de toute façon, j'ai toujours un mot, je dis toujours : est-ce que je « peux » vous examiner ? est-ce que je « peux » ? Voilà, je pose toujours la question, même quand je les connais depuis toujours. » (Nawel Bouzid, 35 ans, gynécologue médicale)

Les formulations employées renvoient aussi au fait de « *ne pas forcer* », « *ne pas obliger* » (n = 4). Il est également évoqué le fait d'« *argumenter* », « *inciter* » les patientes pour rendre l'examen acceptable (n = 2), soulignant ici une des fonctions des explications et informations mentionnées précédemment.

« Oui bien sûr, après on va pas obliger pour obliger, forcément on va expliquer l'intérêt, le pourquoi du comment et comment ça se déroule,

donner des arguments qui vont faire que la patiente finalement va finir par accepter … Argumenter. » (Karine Bardy, 54 ans, sage-femme)

« Mais quand elles sont un peu plus âgées c'est, voilà, on va dire que en leur expliquant les enjeux, pour l'instant ça s'est toujours bien passé. Et même quand elles sont âgées, y a des subterfuges. » (Maxine Petela, 36 ans, gynécologue médicale)

Enfin, une professionnelle exprime insister, voire imposer l'EG quand cela lui semble nécessaire. Finalement, les discours traduisent un consensus sur l'importance de demander l'accord aux patientes pour l'EG, qui questionne sur les pratiques mises en place et les modalités de consentement. Par ailleurs, demander l'accord aux patientes, « *ne pas les forcer* », semblent être une façon de respecter les patientes et leur choix quant à leur santé, et aussi un moyen de mieux faire accepter l'EG.

7.3.1.4.2.3 La gestion du refus d'examen

Demander l'accord aux patientes pour être examinées, c'est s'exposer à la possibilité du refus d'examen. À cet égard, deux professionnelles expriment avoir pour attente « *qu'elles soient d'accord pour qu'on les, pour l'examen gynécologique. Même si, même si en soi on doit pas les obliger.* » (Karine Bardy, 54 ans, sage-femme). Sur les 11 professionnel·le·s qui parlent de la gestion du refus d'examen par les patientes, la totalité expriment « *respecter le choix de la patiente* ». Plus précisément, pour six d'entre elles, ce respect du choix de la patiente s'accompagne d'explications et d'informations sur l'intérêt de faire l'EG et la mention des recommandations.

« Et ça je ne les force jamais ! Je leur dis : ah non mais pas de problème ! Donc je leur dis : voilà, il faudra vraiment à telle, à telle date, c'est vraiment la date de votre frottis. Comme ça y a aussi une mentalisation pour elles de se dire : à cette date-là il faudra que je le refasse. » (Anna Dembri, 43 ans, gynécologue médicale)

« après elle sait ce qu'elle a à faire, euh…. Enfin ce qu'elle a à faire, si par exemple il faut qu'elle fasse un frottis, elle a 30 ans, elle a jamais fait de frottis, je lui dis : ben ce serait bien de le faire. Après si, si elle se sent pas en capacités, ben… je vais pas la pourrir, enfin elle fait pas exprès quoi. Mais qu'elle ait les infos sur quelles peuvent être les répercussions si elle le fait. » (Camille Perez, 39 ans, médecin généraliste)

La transmission d'informations aux patientes semble s'effectuer dans une visée de responsabilisation de celles-ci pour qu'elles aient, prochainement, recours à l'EG et au dépistage du CCU. De façon plus explicite, il est mentionné que ce respect du refus d'examen s'accompagne d'une proposition de « *report* » de l'examen (n = 6).

Une professionnelle exprime également procéder à une familiarisation des patientes à l'EG.

> *« c'est pour ça que des fois elles veulent pas forcément faire l'examen aujourd'hui mais je leur montre la table, je leur montre un petit peu les choses aussi, enfin les lieux. Du coup ça… je leur montre la table donc voilà, je m'imagine que ça rassure un peu pour une deuxième fois quoi. Ou pas [rire]." (Jeanne Bresson, 37 ans, médecin généraliste)*

Par ailleurs, faire face au refus d'examen des patientes peut être à l'origine de sentiment de colère ou de frustration (n = 3) :

> *« Tout en sachant que la personne qui aurait à le faire serait pas moi euh… et du coup c'est vrai qu'on un sentiment de… de pas aller au bout des choses, de pas finir son travail. » (Karine Bardy, 54 ans, sage-femme)*

> *« Donc colère euh c'est surtout interne quand effectivement on n'arrive pas à faire l'examen gynécologique convenablement, qu'on sait qu'il y a une pathologie très probable derrière et que… et que voilà on n'a pas réussi à, à comment dire ? à euh… comment dire ? faire accepter la patiente l'examen gynécologique » (Nawel Bouzid, 35 ans, gynécologue médicale)*

Pour la première, ne pas faire elle-même l'EG génère de la frustration face au sentiment de « *ne pas finir son travail* ». Pour la deuxième, cette « *colère interne* » semble davantage reposer sur le fait de « mal » faire son travail puisqu'elle n'a pas réussi à mettre en place les conditions pour rendre l'examen acceptable.

Finalement, si le refus d'examen est respecté, c'est surtout qu'il peut être reporter ultérieurement, notamment lorsque l'EG s'inscrit dans une visée de prévention et de dépistage[95]. Cet aspect se retrouve également lorsque les patientes expriment des douleurs lors d'EG ou dans le fait de reporter l'EG quand cela est nécessaire (n = 10). De tels éléments rejoignent l'importance accordée à la norme préventive en santé et la surveillance du corps des femmes par la normalisation de la réalisation d'EG réguliers.

7.3.4.3 Mauvaises pratiques, mauvaises expériences ou violences gynécologiques ?

La mention de mauvaises expériences et pratiques relatives à l'EG et/ou de violences gynécologiques est retrouvée dans la totalité des entretiens. Les

[95] Dans le cas de contexte d'urgence et/ou de suivi obstétrical, les enjeux liés à l'EG paraissent sensiblement différents. À titre illustratif, il est évoqué que, dans ces situations les patientes ne « *sont pas dans le même état d'esprit* », ont des attentes différentes et peuvent être ici en demande d'examen.

antécédents de mauvaises expériences des patientes liés à l'EG comme freins au recours aux soins gynécologiques, dont le dépistage du CCU, sont fréquemment mentionnés dans les discours (n = 8 ; 50%). Ce qui est considéré comme mauvaises expériences et/ou pratiques d'une part, et violences d'autres part, semble faire l'objet de prises de position, parfois marquées, parfois ambiguës, et de diverses significations associées.

8.3.4.2.1 Les « mauvaises » pratiques relatives à l'EG : par qui, lesquelles et pourquoi ?

Lorsque les professionnel·le·s relatent de mauvaises expériences et/ou pratiques liées à l'EG, c'est qu'ils/elles les ont entendues, observées et/ou vécues (n = 13 ; 81.25%). Plus précisément, il s'agit de pratiques observées lors de l'internat ou en stage (n = 5), de patientes qui parlent de mauvaises expériences passées pendant leur consultation (n = 8), ou encore d'expériences vécues en tant que patiente (n = 7). En cela, de façon consensuelle, il semble que ce soient principalement les « autres » professionnel·le·s à l'origine de ces « mauvaises » pratiques relatives à l'EG.

Outre que les « mauvaises » pratiques relatives à l'EG sont majoritairement présenté comme les pratiques des « autres » professionnelles, les discours renvoient également à une variabilité des pratiques en fonction de différents facteurs. À cet égard, certain·e·s estiment qu'il est parfois une question de « *personnalité* » et de « *tempérament* » (n = 4), de spécialité (n = 7) et de génération (n = 7). Pour la spécialité, les sage-femmes et leurs pratiques semblent perçues davantage positivement que les médecins (n = 4).

> *« ben je pense qu'y a une différence de posture. Un elles sont moins… moins comment on dirait ? moins gradées [léger rire], je sais pas comment dire, moins diplômées, enfin et du coup y a peut-être une différence avec le patient qu'est moins grande et ça doit jouer un peu quand même. Et deuxièmement y a leur approche physiologique du corps humain, qui est du coup… qui est du coup plus démédicalisée, qui est moins médicalisant. HUM. Et qui est du coup euh… dans une approche plus « d'allié » que de… que l'approche un peu, un peu hautaine des médecins quoi. » (Jeanne Bresson, 37 ans, médecin généraliste).*

Concernant la génération, les « jeunes médecins » sont perçu·e·s comme étant davantage bienveillant·e·s, plus attentif·ve·s aux patientes que *« les gynécos de la vieille école* » (n = 4), même si les internes peuvent parfois se montrer brusques du

fait d'un manque d'expérience (n = 2).

Un ensemble de pratiques est décrit comme contribuant à une mauvaise expérience des patientes ou de soi-même (n = 13 ; 81.25%). Il est principalement retrouvé : un défaut d'explications (n = 7), un manque de douceur, des gestes brusques engendrant de la douleur (n = 7) et la non prise compte de l'intime et la nudité (n = 6).

> *« parce que moi j'ai plein, par exemple plein de femmes elles euh, on leur explique jamais pour le dépistage notamment elles savent pas si elles ont, parce que maintenant y a les frottis, y a les tests papillomavirus, et elles savent jamais ce qu'elles ont eu. Moi je trouve ça un peu interpellant quoi, qu'elles sachent même pas ce qu'on leur a fait en fait. Elles savent qu'on leur, on leur a fait un examen gynéco, y a eu des prélèvements mais qu'est-ce qu'on a cherché ? » (Camille Perez, 39 ans, médecin généraliste)*

> *« Probablement puisque j'ai des patientes euh qui se sont, qui ont évoqué ça, qui ont dit qu'avec tel ou tel gynéco euh… ça va trop vite et ça fait mal. Ça va vite et elles ont… elles font mal, elles expliquent rien et ça prend… elles répondent pas aux questions. » (Karine Bardy, 54 ans, sage-femme)*

Ce sont ainsi les principales pratiques qui conditionnent un bon vécu de l'EG, décrites précédemment comme mises en place par les professionnel·le·s interrogées. Si pour les explications et la douceur, il s'agit majoritairement de discours rapportés de patientes en consultation, pour la non prise en compte de l'intime et la gestion de la nudité, les praticiennes font plus spécifiquement référence à leurs expériences en tant que patiente.

> *« enfin moi je sais pas, je sais pas si vous avez déjà fait un examen gynécologique, et c'est pas le sujet [RIRES], mais moi ça me, ça me choque, personnellement en tous cas quand je suis de l'autre côté de la barrière, que les médecins nous demandent de nous déshabiller intégralement. Pourquoi on peut pas déjà enlever le haut, après on le remet, et puis après on enlève le bas et puis après on le remet ? Enfin moi c'est un truc ça par exemple ça m'a perturbé en tant que patiente, donc c'est un truc que je fais avec mes patientes. » (Olivia Gassiole, 33 ans, médecin généraliste)*

> *« Eh ben moi pour être patiente aussi euh… je sais ce que j'ai pas aimé moi en étant patiente. Je sais que j'ai pas aimé qu'on me mette à poil euh… au milieu du, du cabinet alors que le médecin en face il est tout habillé. Euh je sais que j'ai pas aimé euh… qu'on me laisse euh… toute nue les jambes écartées pendant qu'on va passer un coup de téléphone, de manière très désinvolte. Ou qu'on m'explique pas ce qu'on me fait. Et que j'ai plus apprécié des médecins euh qui ont été à l'écoute, qui m'ont prévenu, et qui*

ont tout fait pour me minimiser mes douleurs, voilà. […]. Donc j'essaye de faire pareil. » (Camille Perez, 39 ans, médecin généraliste)

Ces extraits attestent également de la façon dont les praticiennes peuvent mobiliser leurs expériences de l'EG en tant que patiente pour penser leurs pratiques professionnelles avec les patientes.

Pour justifier ces « mauvaises » pratiques, il est évoqué des causes externes comme le manque de temps (n = 2) ou le fait de travailler en urgence (n = 1). Les contraintes temporelles sont également mobilisées lorsqu'il s'agit de parler des difficultés que rencontrent les professionnel·le·s dans leur pratique (n = 7).

« Maintenant, parfois on est pris par le temps hein, ça c'est ça c'est indéniable et je sais pas si les autres vous l'ont dit mais c'est c'est une constante. » (Paul Boffelli, 70 ans, gynécologue-obstétricien)

« Bon, en fait c'est pas vrai ce que je dis, je propose pas systématiquement les deux, je propose les deux quand j'ai le temps [très léger rire] parce qu'on a toujours ce problème-là. Avec le, l'état catastrophique de notre système de santé, n'est-ce pas, on n'a pas le temps [léger rire] … de faire bien les choses. [Rire]. Voilà. » (Édith Bocquet, 37 ans, médecin généraliste)

Par ailleurs, il est également mentionné que ces « mauvaises » pratiques renvoient à des pratiques ancrées dans les habitudes (n = 1), qu'elles sont involontaires, non intentionnelles (n = 2), et qu'elles s'inscrivent dans des violences institutionnelles qui traversent plus largement le soin (n = 1, *e.g.*, « *la grande précarité* », « *la société patriarcale* », « *la société capitaliste* »).

7.3.4.2.2 Tension autour des violences gynécologiques

La thématique des violences gynécologiques et/ou obstétricales émerge spontanément dans les discours pour huit entretiens (50%). Elles sont perçues comme des violences existantes, dont on ne parlait pas avant (n = 5) et qui ont permis une remise en question, « *une avancée* », des pratiques en gynécologie notamment sur les explications et le consentement. Pour autant, ce qui constitue des violences gynécologiques semblent source de tensions dans les discours.

En effet, nous avons souligné l'existence de « mauvaises » pratiques qui s'expriment dans les discours des praticien·ne·s. Ce qui semble distinguer des soins de « *mauvaises qualités* » précédemment évoqués, des « *violences* », c'est principalement une question d'intention (n = 3).

« Y a des choses euh…, euh… pour moi l'agression c'est quand on est dans l'intention de faire mal [léger rire]. Des fois on fait mal… alors qu'on voudrait faire le bien [rire]. » (Édith Bocquet, 37 ans, médecin généraliste)

Cette question d'intention se révèle encore plus saillante lorsqu'il est mention de « *viol* », puisque sous-entendant une connotation et une intention sexuelles à l'examen, qui n'ont pas lieu d'être pour les professionnel·le·s s'exprimant à ce sujet.

« Qui se retrouve avec des manifestations devant son hôpital, euh accusé de viol parce qu'il est tombé sur une, sur des avocats qui se sont appuyé là-dessus, ça ne tient pas, mais c'est viol, viol en réunion, puisque l'avocat de la victime qui va examiner, dans la dans le dans le droit français toute pénétration euh sexuelle non consentie est un acte de viol. Donc les avocats ont utilisé la forme la plus ultime, ce qui est une absurdité parce que y a pas de connotation sexuelle » (Paul Boffelli, 70 ans, gynécologue-obstétricien)

« En fait, moi, avant toutes ces histoires de, de violences ou autres j'avais, enfin j'avais jamais vu, mis de connotations euh… notamment sexuelles à cette, à cette pose, voilà, comme les patientes qui ont parlé de viol sur certains médecins, enfin c'est pas du tout approprié, on peut parler d'examens douloureux, ça ça peut l'être et j'imagine, en prenant toutes les précautions du monde ça m'arrive bien sûr que les patientes aient mal quand je les examine. Mais par contre, de là à parler de viol, donc ça veut dire qu'on, on inclut une intention sexuelle dans notre examen médical. Et en fait pour, à part peut-être quelques pervers, y en a sûrement hein dans les médecins, comme y en a dans le reste de la population, la majorité des médecins et des gynécos ne voient pas du tout ça « autrement » que pour examiner un, un symptôme ou une problématique, ou faire du dépistage. » (Anna Dembri, 43 ans, gynécologue médicale)

Les violences étant une question d'intention, il est évoqué l'existence de « *pervers* » et d'« *abrutis finis* », soit des exceptions (n = 2). Par ailleurs du fait de l'absence d'intention, certain·e·s considèrent que les pratiques ne peuvent pas être qualifiées de violentes, mais que cela a pu être vécu, perçu comme telles par les patientes, les violences étant alors placées sous le prisme de l'expérience subjective individuelle (n = 2).

« je dis pas qu'elles ont été [hésitation parlée de la répondante comme un « baragouinement »], enfin, violentées hein, c'est pas ça hein mais elles elles l'ont vécu comme ça. » (Sofia Royer, 49 ans, sage-femme)

« C'est c'est pas une, il il avait pas d'intention d'être euh euh, d'être violent mais pour la patiente ça s'est traduit comme ça ». (Paul Boffelli, 70 ans, gynécologue-obstétricien)

Concernant les actes et propos considérés comme des violences

gynécologiques (n = 3), il est mentionné des « *remarques déplacées* », comme des remarques sexistes, racistes ou validistes (n = 2), des « *agressions* » (n = 1) et des « *violences sexuelles* » (n = 2). Ces mauvaises expériences et/ou violences sont perçues comme occurrent « *fréquemment* ». Relatant sur ce que les patientes expriment en consultation :

> *« y a tellement de patientes traumatisées par ces examens. Je pense que c'est vraiment, vraiment c'est le gros frein pour moi. Enfin vraiment là je le « vis » au quotidien. C'est mon expertise. » (Sofia Royer, 49 ans, sage-femme)*

Enfin, en ce qu'elle est tensionnelle, la thématique des violences gynécologiques fait émerger des discours à valence socio-affective. Face à la dénonciation des violences et leur médiatisation, une professionnelle exprime les difficultés des médecins face au « *Gynéco Bashing* » :

> *« le Gynéco Bashing, c'est ce que je vous disais au début, il est compliqué pour, pour les médecins. Vous avez des médecins qui travaillent beaucoup, qui sont toujours présents auprès de leurs patientes et cætera, et dès que vous regardez la presse, vous avez sans arrêt des articles qui cassent les gynécos en disant qu'en gros les sage-femmes elles sont super gentilles et que les gynécos ils sont méchants. Ben c'est insupportable ! » (Anna Dembri, 43 ans, gynécologue médicale)*

Cet extrait pointe également le rôle des médias et certains enjeux entre différents corps professionnels, et notamment entre les sage-femmes et les médecins. Ce sont également de l'agacement et de la consternation qui émergent face à certaines pratiques qui semblent dépassées.

> *« Moi j'ai j'ai, ouais j'ai pleins de copines, moi j'ai une copine elle a essayé de mettre un stérilet avec une gynéco c'était l'enfer quoi. Enfin c'est pas possible de rester comme ça (??), enfin je sais pas, je je, enfin des millions d'expériences, enfin j'ai eu des millions d'expériences comme ça de… [claquement comme une main qu'on claque sur la cuisse]. Mais enfin je sais pas, enfin même des femmes euh… qui sont bac+5 qui peuvent se défendre devant un médecin, à dire : « non je veux pas », ou « non je voudrais différemment », enfin ça se passe pas quoi. Même en disant, même en ayant un rapport de force, on n'est pas une femme racisée qui parle pas français, qui sait pas de quoi elle parle en termes de dépistage, enfin voilà quoi, on n'est pas dans ces modalités-là. C'est assez fou quoi, de pas proposer autre chose, quand même, en 2022. Je suis atterrée [rire]. » (Jeanne Bresson, 37 ans, médecin généraliste)*

« ouais et ça c'est vrai que c'est un peu casse-pied d'entendre encore des gynécos qui font du jugement, voilà, moi ça m'agace. Ça m'agace. Non c'est vrai je suis très…. Ou l'avortement ! Ça veut dire que, bon, c'est vrai qu'y a quelques médecins qui font pas d'avortement, ça les regarde. Mais même ceux qui ne pratiquent pas parce qu'ils ont pas envie de s'embêter à donner des médicaments, surveiller les patientes, gérer les hémorragies, les trucs, bon ok, je respecte. Mais de, d'émettre un jugement sur une demande d'IVG, c'est insupportable ! C'est pas leur « problème », c'est pas leur « corps » quoi ! Donc euh bon. Ça, ça change avec le temps, mais des fois pour certains trucs on rame un peu quoi. » (Anna Dembri, 43 ans, gynécologue médicale)

7.3.2 Discussion

Cette étude visait à analyser les expériences et pratiques liées à l'EG, et les systèmes de représentations mobilisés pour le penser par les professionnel·le·s de la gynécologie exerçant en contexte de précarité ou non. Une enquête par entretiens semi-directifs auprès de 16 professionnel·le·s a été mise en place. L'analyse de contenu thématique a permis de mettre en avant une organisation des discours autour de sept axes thématiques qui s'imbriquent et s'interconnectent dans les discours. Lorsque les participant·e·s sont invité·e·s à s'exprimer sur l'EG, trois axes principaux émergent des analyses : (1) le rapport à la norme préventive, (2) les représentations et pratiques de l'intime en consultation gynécologique et (3) les bonnes *versus* les mauvaises pratiques liées à l'EG. Parler de l'EG pour les professionnel·le·s de la gynécologie ne se limite pas aux seules dimensions médicale et de santé publique que cet examen représente. L'EG semble être pris au cœur de différents « horizons » (Jodelet, 2015), soit différentes perspectives adoptées pour le penser. À l'horizon médical, s'ajoute également un horizon intime qui émerge des discours, permettant de mettre en évidence plusieurs significations centrales de l'objet en fonction de systèmes de représentations symptomatiques du contexte socio-culturel, des rapports sociaux de genre et des enjeux sociétaux actuellement saillants. Différents registres de savoirs s'articulent au regard des objectifs posés par la situation de l'EG, à savoir l'importance de réaliser l'EG dans une logique préventive et sa dimension intime. Cette articulation de différents registres de savoir s'imbrique dans le cadre de l'EG avec une plasticité des places prises pour parler de cet examen, dont l'investissement de telle ou telle place semble modulé par les enjeux posés par la situation rencontrée.

Historiquement, la gynécologie s'est construite sur une logique préventive en

matière de santé des femmes. Au regard des évolutions des recommandations quant à la réalisation de l'examen pelvien systématique et à l'allongement du délai de dépistage, une forme de consensus dans les discours est constatée sur une volonté de diminution de la fréquence de réalisation d'EG. Pour autant, l'importance d'une surveillance du corps des femmes et de leurs organes génitaux apparaît saillante et se matérialise par la réalisation d'examens réguliers, voire annuels, dans une visée de prévention. En cela, au travers de leur rapport à l'EG de leur place de professionnel·le·s, la norme gynécologique (Koechlin, 2022b) dans sa dimension préventive s'actualise. Autrement dit, le suivi gynécologique et la réalisation d'EG réguliers se justifient par le corps même des femmes et son évolution biologique, traduisant implicitement une vision naturellement pathogène du corps des femmes. Il s'illustre alors une articulation entre processus de médicalisation et de naturalisation qui s'opère en gynécologie (Koechlin, 2022b; Vuille et al., 2006). Toutefois, une évolution paraît émerger puisque ce n'est plus l'entrée en sexualité ou la puberté qui conditionnerait la prescription d'EG, mais davantage l'entrée dans le dépistage du CCU à partir de 25 ans. Concernant le dépistage du CCU, celui-ci semble être pensé uniquement dans une perspective de santé publique et médicale.

Cette dimension médicale et préventive de l'EG s'articule à une dimension intime. Cette dernière apparaît comme une spécificité de la relation soignant·e-soignée dans ce contexte et résulte de l'objet même de la gynécologie : l'appareil génital des femmes. Si l'importance accordée à la prévention traduit une vision pathogène du corps féminin et de ses organes, les parties génitales relèvent également de l'intime, car elles sont une zone « *cachée* », qu'on ne « *montre pas* », et le lieu de la sexualité. Objet de pratique, les parties génitales sont également l'objet de discours, contribuant à la dimension intime de l'EG et, plus largement, de la consultation gynécologique. Au travers du rapport des professionnel·le·s à l'EG, il s'opère ainsi dans les discours une définition de la vie intime des femmes qui paraît s'articuler autour des cycles menstruels, du désir d'enfant et de façon prépondérante autour de la sexualité, mais aussi des violences auxquelles les femmes sont confrontées. Par la médicalisation du corps des femmes sous-tendu par le principe de prévention, il semble s'opérer une médicalisation de ce qui est considéré comme relevant de la vie intime des femmes, dont les parties génitales sont le siège. À cet égard, certain·e·s mentionnent leur rôle

perçu dans l'abord de la sexualité comme offrir un espace de parole ou apporter des informations et des connaissances aux femmes. C'est également le dépistage des violences touchant aux parties génitales (i.e., violences sexuelles et mutilation génitale) qui est fréquemment relevé, questionnant sur une extension du champ de compétence médical en gynécologie (Aïach, 1998). En effet, la dimension intime de l'examen apparaît comme culminant dans ces situations. Les discours semblent s'accorder sur l'importance de mettre en place des pratiques pour dépister ces violences puisque pouvant influencer le vécu de cet examen pour les femmes et aussi pour la pose de diagnostics. À cet égard des études pointent dans le même sens que des antécédents de violences influencent l'expérience de l'examen et le recours au dépistage du CCU (Farley et al., 2002; Loxton et al., 2009), avec l'historique de violences traumatiques, notamment sexuelles et durant l'enfance, associé à davantage de réaction émotionnelle négative à l'EG (Ackerson, 2012; Güneş & Karaçam, 2017; Khan et al., 2014). Des antécédents de violences seraient également en lien avec davantage de symptômes et de problèmes au niveau gynécologique (Kosterina et al., 2019).

En tant que professionnel·le·s, il apparaît de façon notable que lorsque les participant·e·s se représentent le rapport des patientes à la logique préventive et à l'intime en consultation gynécologique, cette mise en sens apparaît socialement différenciée en fonction de la place des patientes dans la hiérarchie sociale. En effet, un gradient social dans le rapport des femmes à la prévention et au dépistage du CCU est perçu, entre sur-dépistage pour celles situées en haut de la hiérarchie sociale et manque de recours pour celles situées en bas, comme les femmes migrantes. Il semble s'articuler, de façon implicite, une vision culturaliste de la vie intime des femmes pour les professionnel·le·s exerçant en contexte de précarité. Si cela peut traduire une volonté d'adaptation aux spécificités des patientes et de leurs parcours, il semble s'opérer une essentialisation des « *autres cultures* ». Le rapport de ces patientes à la dimension intime de la consultation gynécologique (*e.g.*, tabou, pudeur) s'expliquerait par une culture essentialisée. Cette mobilisation des « *autres cultures* » peut revêtir une fonction d'altérisation: « la ''culture'' fonctionne souvent comme un euphémisme pour ce qui est perçu comme une altérité radicale et impénétrable » (Nacu, 2011, p. 123).

En tant qu'examen qui concerne toutes personnes ayant des parties génitales féminines, la particularité de l'EG comme objet de recherche est qu'il concerne les praticiennes, dans leur exercice médical, mais aussi dans leur parcours de santé en tant que femme. À cet égard, la place de patiente semble être investie pour relater de l'EG comme une expérience émotionnellement signifiante dans sa dimension médicale (*e.g.*, se rassurer, peur d'avoir un problème), mais surtout dans sa dimension intime au regard de la nudité et de l'exposition des parties génitales. Plus encore, l'expérience de l'EG dans sa dimension intime en tant que patiente constitue pour certaines professionnelles un savoir expérientiel pertinent pour élaborer et penser leurs pratiques professionnelles, et cela au regard des normes sociales vis-à-vis de la nudité.

L'articulation entre la dimension médicale et la dimension intime de l'EG se manifeste au travers des pratiques reportées et de leurs mises en sens. En effet, l'EG, dont le dépistage du CCU, s'inscrivant dans une logique préventive et reposant sur la régularité des examens, il est nécessaire que les patientes aient un bon vécu de cet examen. Pour cela, au regard de la dimension intime de cet examen, un ensemble de pratiques est présenté pour le rendre acceptable et s'assurer d'un bon vécu, dont la description prend la forme d'un script. Cela fait ainsi écho aux analyses menées par Guyard (2002) sur la ritualisation du déroulé de la consultation et de l'examen selon un ensemble de règles visant notamment la mise à distance et la neutralisation de la dimension sexuelle et intime. C'est particulièrement le moment du déshabillage, la gestion de la nudité, et l'importance de fournir des explications et des informations à différents temps de l'EG qui apparaissent saillants. Au-delà d'une mise à distance et d'une neutralisation, les pratiques mises en place traduisent également une façon de respecter l'intime et de le signifier aux patientes. Par ailleurs, une autre pratique apparaît comme condition d'un examen bien vécu : la demande de l'accord à l'EG. Bien que l'importance du consentement semble faire consensus, tout comme le fait de l'intégrer dans sa pratique, il paraît toutefois sensiblement tributaire de diverses significations. Pour certain·e·s la demande de l'accord aux patientes semble être une façon d'amoindrir l'asymétrie de la relation soignant·e-soignée en leur offrant la possibilité de refuser. Pour d'autres, l'attente de patientes « obéissantes » est exprimée, voire la présomption du consentement est explicitée. Il apparaît comme un

enjeu normatif de la pratique en gynécologie, dont les significations et pratiques reportées sont le reflet de zones de tension quant au modèle relationnel en gynécologie. Enfin, si le consentement représente un enjeu central dans les violences gynécologiques au regard des mobilisations féministes françaises, nous noterons que bien qu'il conditionne un examen bien vécu, le défaut de consentement est considéré comme une violence par une seule participante.

La mention de mauvaises expériences et de pratiques relatives à l'EG et/ou de violences gynécologiques est retrouvée dans la totalité des entretiens. Par ailleurs, parmi les freins au recours à l'EG et au dépistage du CCU, le vécu de mauvaises expériences passées liées à l'EG des patientes est celui le plus fréquemment mentionné. En cela, si ces « mauvaises expériences passées » des patientes font consensus, la question des violences gynécologiques se pose. Au regard des résultats présentés, les violences gynécologiques sont principalement définies en termes d'intentionnalité des professionnel·le·s à nuire aux patientes et semblent relever de situations extrêmes. Bien que les « mauvaises expériences » soient entendues et reconnues par les professionnel·le·s, la légitimité et l'autorité épistémiques sont attribuées aux professionnel·le·s de la gynécologie puisque la définition des violences dépend du vécu des professionnel·le·s concerné·e·s plutôt que de celui des patientes. Par ailleurs, penser la distinction entre « mauvaises pratiques/expériences » et violences gynécologiques sous l'angle de l'intentionnalité amènent les professionnel·le·s à justifier différemment les comportements et les pratiques mises en place. En référence à la théorie de l'attribution causale (Heider, 1958), il est mobilisé des auto- et hétéro-attributions liées à des facteurs situationnels pour justifier les « mauvaise pratiques », comme les conditions d'exercice. En revanche, le caractère intentionnel des violences tend à amener uniquement des hétéro-attributions liés à des facteurs dispositionnels (*e.g.*, « *pervers* »). Cette conception des violences gynécologiques sous l'angle de l'intentionnalité et en référence aux situations les plus extrêmes (*e.g.*, viol, agression) favoriserait une lecture individuelle des violences gynécologiques plutôt que de les considérer comme de l'ordre du systémique et institutionnel (Fonquerne, 2022), dont les conditions de travail des professionnel·le·s en sont une condition importante (Koechlin, 2022b). La dénonciation des violences gynécologiques peut se révéler une menace pour l'identité professionnelle, puisque

venant mettre à mal une vision de médecine pour les femmes de proximité et d'écoute. Reléguer les violences gynécologiques à une dimension individuelle et intentionnelle peut alors avoir pour fonction la sauvegarde de l'identité professionnelle, mais aussi contribue par la sorte au maintien des systèmes de domination et d'oppression en gynécologie.

Plusieurs limites peuvent être soulignées. Tout d'abord, au regard de notre échantillon, peu de gynécologues médicaux·ales ont pu être recruté·e·s alors qu'ils/elles représentent les professionnel·le·s privilégié·e·s pour les consultations gynécologiques. Cela peut être dû au fait que nous avons cherché à cibler des professionnel·le·s exerçant en contexte de précarité. Or, nous avons vu que les gynécologues médicaux·ales exerçaient principalement en libéral, avec une forte proportion en secteur 2. Par ailleurs, sur l'ensemble des participant·e·s, il n'y avait qu'un seul homme. Néanmoins, cela peut être le reflet des spécificités de la démographie médicale dans ce domaine avec une importante féminisation des professionnel·le·s de la gynécologie. Par ailleurs, même si quelques éléments ont pu être relevés, l'analyse effectuée ne nous a pas permis d'effectuer des comparaisons entre les différentes spécialisations. Il s'agirait d'une question à développer au regard des enjeux et missions propres à chaque spécialisation, mais aussi, des crises que traverse la profession de gynécologue et l'avènement récent des sages-femmes dans le champ de la gynécologie médicale. Enfin, le choix a été fait de ne pas faire de relances portant spécifiquement sur les violences gynécologiques ou le consentement dans le guide d'entretien. Dès lors, la compréhension des significations que les professionnel·le·s attribuent aux violences gynécologique et/ou au consentement en avec l'EG s'avère limitée. Il serait pertinent d'explorer de manière plus approfondie ces thématiques auprès des professionnel·le·s de la gynécologie pour mieux saisir les enjeux psychosociaux liés à ces questions, notamment dans une visée d'amélioration des pratiques professionnelles.

7.4 Du point de vue des femmes

7.4.1 Résultats

Les huit participantes (voir Tableau 11) étaient âgées entre 26 et 48 ans (M = 42 ; SD = 7.13), dont six entre 41 et 48 ans (75%). 62.5% des participantes étaient soit

en couple, mariée, ou en concubinage. Exceptée une participante, toutes avaient des enfants (n = 7). Concernant le niveau d'études, deux participantes avaient un niveau inférieur au baccalauréat et cinq un niveau équivalent ou supérieur au baccalauréat. Pour la catégorie socio-professionnelle, cinq participantes ont reporté ne pas avoir d'activité professionnelle (62.5%)[96]. Au regard du score EPICES, trois participantes ne sont pas considérées en situation de précarité. Enfin, exceptée une participante blanche et qui n'a pas déclaré de confession religieuse particulière, toute était racisées, majoritairement magrébines, et/ou de de confession musulmane, qu'elles l'aient exprimé verbalement durant notre rencontre et/ou signifié par le port d'un voile ou d'un hijab.

Concernant les pratiques de recours à la consultation gynécologique, la majorité reporte une fréquence de recours régulière, soit tous les 6 mois ou tous les 1 ou 2 ans. Excepté une participante repotant consulter en service publique, elles reportent majoritairement consulter en cabinet libéral, voire en clinique privée pour certaines (n = 2). Pour le choix des professionnel·le·s, elles reportent en majorité consulter des gynécologues (n = 7), et préférentiellement des femmes (n = 5).

[96] Parmi celles-ci, une participante a souhaité me préciser qu'elle était « *mère au foyer* ».

Tableau 11

Listes des participantes et principales caractéristiques

Code	Pseudonyme	Âge	Enfants	Statut matrimonial	Catégorie socio-professionnelle	Niveau d'étude	Fréquence de recours à la consultation	Précarité[a]
EF001	Julie	26	Non	Célibataire	Sans activité professionnelle	Supérieur long	Quand problème	Oui
EF002	Saida	48	Oui	En couple	Sans activité professionnelle	Brevet des collèges	Tous les 6 mois	Modéré
EF003	Lucie	41	Oui (1)	Célibataire	Professions intermédiaires	Supérieur long	Tous les 3-5 ans	Oui
EF004	Anna	44	Oui (3)	Mariée	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Supérieur long	Tous les 6 mois	Non
EF005	Samia	47	Oui (4)	Mariée	Sans activité professionnelle	Supérieur long	Tous les 1-2 ans	Non
EF006	Fatima	46	Oui (3)	Divorcée	Sans activité professionnelle	Brevet des collèges	Tous les 6 mois	Oui
EF007	Kahina	45	Oui (5)	Concubinage	Sans activité professionnelle	Baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent	Tous les 6 mois	Modéré
EF008	Marine	39	Oui (4)	Mariée	Professions intermédiaires	Supérieur court	Tous les 1-2 ans	Non

[a] Le niveau de précarité a été catégorisé selon trois modalités au regard du score EPICES et du seuil de 30 : (1) Oui, correspondant à un score supérieur au seuil, (2) Non, correspondant à un score inférieur au seuil, et (3) Modéré pour les scores situés autour du seuil

7.4.1.1 Posture énonciative et organisation du discours

7.4.1.1 Parler de l'EG : parler de son parcours en gynécologie-obstétrique

Lorsque les femmes participantes sont invitées à s'exprimer sur l'EG, les discours émergeant revêtent un aspect narratif. Elles font en majorité le récit de leur(s) propre(s) expérience(s) vécue(s) en lien avec l'EG et plus largement en milieu médical.

> *« Oui, oui oui, selon enfin moi mon expérience, pourtant j'avais déjà eu des examens gynécologiques et euh… une fois il m'est arrivé je peux, je peux raconter hein ? c'est mon vécu. » (Kahina, 45 ans)*

Le cadre de l'entretien fait ainsi émerger des discours liés à l'EG mais plus généralement à leur parcours en gynécologie et obstétrique. À cet égard, dans le cadre de suivi gynécologique (n = 5 ; 62.5%), le contexte de consultation le plus fréquemment mentionné est le premier EG, voire étant « *jeune* » (50%). L'enjeu du premier EG est d'ailleurs évoqué par deux participantes, celui-ci marquant l'entrée dans le parcours gynécologique.

> *« C'est pour un premier, elle le savait en plus, c'est très très important. Pour pas frustrer et puis pour euh, pour la suite, pour la suite des, des examens, pour euh…. Et puis c'est même, même pour euh l'ouverture même sur notre vie sexuelle future hein. C'est, c'est ça, c'est vraiment, je crois on, on n'a pas conscience, on n'a pas euh…, on, on se rend pas compte de, de l'ampleur de la chose, mais pour une fille c'est très important comment… » (Marine, 39 ans)*

Au suivi gynécologique, c'est leur(s) expérience(s) vécue(s) en obstétrique (n = 4 ; 50%) dont les participantes font part comme le suivi obstétrical ou l'accouchement, contextes dans lesquels des EG peuvent également être réalisés. Enfin, les participantes relatent des consultations dans le cadre de problèmes gynécologiques graves, de chirurgie ou d'urgence gynécologique (n = 5 ; 62.5%). À titre illustratif, Anna m'a fait part durant l'entretien de son parcours difficile pour le diagnostic du cancer du col de l'utérus. En effet, malgré les multiples professionnel·le·s rencontré·e·s, ses symptômes étaient presque systématiquement minimisés et psychologisés, entraînant une errance diagnostic.

> *« Et pendant toute la grossesse j'avais la tumeur et j'ai passé une grossesse alitée, j'ai trois filles, j'ai passé une grossesse alitée et quand je me levais en fait le bébé appuyait et je saignais. Au toucher je saignais. Et je leur disais : nan c'est pas normal, je saigne. Et ils me disaient : ben c'est normal, là c'est au toucher que vous saignez. Alors que j'ai eu deux enfants, avant,*

j'ai jamais saigné au toucher. Vous voyez ? Et avant d'être enceinte ben… au toucher aussi gynécologique, quand j'allais faire ma consultation, quand la gynécologue me faisait le toucher vaginal, je saignais. Elle me disait : ne vous inquiétez pas c'est le… c'est des varices qu'on va brûler au laser. Or c'était la tumeur qui était déjà. […] Donc du coup et voilà, et avant, et quand j'étais très mal de la grossesse de la dernière, elle me disait : mais « arrêtez » de stresser, ça s'est très bien passé pour les grandes, pourquoi vous vous stressez pour la troisième ? y a pas de raison. » (Anna, 44 ans)

Les parcours gynécologique et obstétrique semblent alors variables d'une participante à une autre, au regard de leur historique gynécologique et obstétrique mais également selon leur rapport plus largement à la santé et la maladie, et leur rapport à l'intime en milieu médical, mais nous le verrons plus tard.

In fine, l'EG en tant qu'objet ne semble pas être un objet défini et délimité mais il s'inscrit et s'ancre dans un ensemble d'expériences en milieu médical. En effet, bien qu'invitées à parler spécifiquement de l'EG, les participantes relatent plus largement de consultations pouvant impliquer un EG, sans forcément être explicitement mentionné dans les récits de consultation[97]. Ces éléments pointés questionnent alors une conception de la consultation gynécologique comme impliquant de fait un EG puisque cet examen apparaît comme implicitement inhérent aux consultations de suivi gynécologique et/ou obstétrical. Ce caractère systématique de l'EG a d'ailleurs été explicitement formulé par une seule participante (« *et qu'on sait d'office qu'on risque de vivre, enfin qu'on « va » vivre en y allant [léger rire]* » Julie, 26 ans).

Pour terminer, je soulignerai que lorsque les participantes s'expriment sur l'EG, elles relatent des récits de consultations de pairs (*e.g.*, amie). Plus classiquement, elles investissent également l'objet de leur point de vue de femmes en tant que groupe social (i.e., utilisation du « nous »), ou encore, de leur point de vue des autres femmes (i.e., utilisation du « elles »). Concernant la perspective des professionnel·le·s de la gynécologie, deux types de posture énonciative émergent. Suite à la relance visant à les amener à imaginer le vécu de l'EG pour les professionnel·le·s, certaines investissent directement la place de professionnel·le en s'imaginant l'être soi-même (i.e., utilisation du « moi/je » et du conditionnel) et/ou en formulant leur point de vue

[97] Concernant le frottis pour le dépistage du CCU, il paraît intégré majoritairement de façon indistincte dans l'EG. Cela est un possible effet de la formulation de la relance sur le « frottis », puisque ce dernier peut être réalisé pour différents buts comme le dépistage du CCU ou des IST.

quant aux professionnelles de façon individuel ou en tant que groupe social (i.e. utilisation du « ils/les »). Pour d'autres, il s'avère difficile de s'exprimer de leur point de vue, pouvant signifier une volonté de respect des places attribuées dans la relation soignant·e-soignée.

> *« Je sais pas [en chuchotant]. Franchement, je vais pas me mettre à sa place hein. […] Je peux pas vraiment parler à leur place. Non je sais pas franchement. Je peux pas me mettre à leur place. » (Saida, 48 ans)*

7.4.1.2 Organisation des discours

L'analyse de contenu thématique a permis de mettre en avant une organisation des discours autour de cinq axes thématiques qui s'imbriquent et s'interconnectent. Visant l'exhaustivité, la grille d'analyse thématique élaborée se compose de cinq niveaux de thèmes et de 413 thématiques. Ces axes et leurs sous thématiques principales (niveau 2) sont présentés dans le Tableau 12 ci-dessous.

Tableau 12
Axes thématiques et principales sous-thématiques

1. Représentations de l'EG
1.1 EG comme un examen médical
1.2 EG comme un examen intime
1.3 Un examen systématique
1.4 Représentations des différents examens (dépistage du CCU, spéculum, *etc.*)
1.5 Enjeu du premier EG
1.6 Représentations des recommandations (EG, dépistage du CCU)
1.7 Représentations de l'examen idéal (ce qu'il faudrait, devrait, ce qui est important)
2. Expériences de l'examen et de la consultation gynécologique (soi)
2.1 Description du contexte de la consultation (Motif, caractéristiques du/de la professionnel·le)
2.2 Expérience de la prévention, la santé, et la maladie
2.3 Expériences de l'intime en consultation gynécologique
2.4 Une expérience physique (douleur, désagréable)
2.5 Description d'attitudes et de pratiques professionnelles contribuant à la qualité de l'expérience
2.6 Qualifier son expérience
2.7 Vivre une mauvaise expérience liée aux professionnel·le·s
3. Pratiques liées à l'examen et la consultation gynécologique (soi)
3.1 Les pratiques de recours à l'EG
3.2 Les pratiques liées aux choix des professionnel·le·s en gynécologie
3.3 Se préparer à l'EG

3.4 Pratique d'échanges d'expériences entre pairs (on en parle entre femmes)

4. Représentations des pratiques et expériences liées à l'EG des autres

4.1 Les professionnel·le·s de la gynécologie

4.2 Les femmes (les autres)

4.3 Représentations des mauvaises expériences en gynécologie, violences gynécologiques

4.4 Les conjoints

5. Représentations de la relation soignant·e-soignée, de la médecine, de la gynécologie, de la féminité

5.1 Représentations de la relation soignant·e-soignée

5.2 Représentations de la médecine et la gynécologie

5.3 Représentations, tabous et connaissances liées à l'EG, la gynécologie et le sexe des femmes

5.4 Représentations de la féminité et la santé

Cette grille constitue un résultat en soi puisqu'elle permet l'accès aux différentes thématiques abordées par les femmes lors des entretiens (voir Annexe 18). Au regard de nos objectifs de recherche et de l'organisation des discours selon ces axes thématiques, nous avons développé trois pistes d'analyses, non-exhaustives, qui sont exposées ci-dessous.

7.4.1.2 Rapport à la norme préventive en gynécologie : pour notre santé ?

À la suite de la consigne initiale, sur l'ensemble des mots évoqués, 42.86 % des mots (n = 12) ont trait à la dimension médicale de l'EG et ses effets (*e.g.*, « *réassurance* », « *peur* »). L'EG est représenté comme un examen de « *santé* » du domaine de la prévention (*e.g.*, n = 2 ; « *contrôle* » ; « *prévention des risques* ») et décrit comme « *important* », voire « *vital* » (n = 4).

> *« Et quand on va chez le gynécologue il nous donne des examens à faire, le frottis, tout ça et tout, si y a rien, y a rien, mais si y a des trucs il nous donne un traitement au moins pour euh…Pour euh… voilà… le gynécologue peut réagir à, au bon moment. Si on y va aussi au bon moment. Voilà. Avant qu'il soit trop tard en fait. » (Fatima, 46 ans)*

> *« voilà ça revient un peu avec la santé, c'est que c'est un besoin, on est obligé, on en a vraiment besoin. C'est-à-dire que je, je…, oui c'est vraiment un besoin. » (Marine, 39 ans)*

Du fait de l'importance accordée à l'EG pour la santé, trois participantes expriment également qu'il est un examen médical comme un autre, voire appuient sur

sa dimension médicale en opposition à sa dimension intime.

> *« Ben pour moi c'est pas différent. Ben tout examen est important. Mais le gynécologique je sais pas… Je sais pas. C'est pas différent, pour moi je vais chez le cardiologue ou chez le gynécologue, il n'y a pas de différence pour moi. Le médecin en fait. Toute partie de notre corps est importante. » (Anna, 44 ans)*

> *« C'est un contrôle, c'est un examen médical donc c'est rien, c'est pas quelque chose de…, je vais pas me…, ah non. Ça c'est médical, normal. C'est normal ça, c'est pas quelque chose de, c'est médical hein. » (Saida, 48 ans)*

De façon similaire, le frottis est représenté comme un examen relevant de la prévention, du dépistage (n = 3), et important pour la santé des femmes (n = 3).

> *« Et le frottis, ben il fait partie de, de l'examen incontournable de la femme en tous cas c'est, c'est… Vous pouvez avoir des surprises, un cancer et cætera, c'est… » (Marine, 39 ans)*

7.4.1.2.1 Expérience de la prévention, la santé et la maladie

L'EG étant un examen de prévention important pour la santé, il peut être source de discours à valence socio-affective négative, avec notamment le « *stress* », la « *peur* » de découvrir un problème (n = 6).

> *« On m'a dit quand, quand j'y vais et j'ai, voilà, on dirait je vais accoucher. J'ai les mains qui tremblent [très léger rire], j'ai les pieds, j'ai, j'ai toujours un…. Et quand je commence à entendre ça, ça y est, je me lâche et tranquille. Voilà, mais avant de venir, avant de m'ausculter, avant de me toucher, je dis : voilà, je suis un peu…, je me demande, je demande la question. Qu'est-ce qu'elle va trouver ? qu'est-ce qu'elle va pas trouver ? qu'est-ce qu'elle va… signaler ? qu'est-ce qu'elle va pas signaler ? C'est un peu de…, de trac on va dire. » (Fatima, 46 ans)*

L'impatience évoquée vis-à-vis de l'attente des résultats (n = 2), et notamment ceux du frottis, peut être révélatrice d'une inquiétude.

> *« Là déjà j'ai fait le frottis, elle m'a dit : apparemment je vois rien du tout, c'est, c'est net, c'est tout. Mais en fait j'attends le frottis [très léger rire]. Ça fait presque une semaine. » (Fatima, 46 ans)*

> *« Et j'attends ces, les…, le retour euh avec impatience. Tous les jours : oh j'ai pas reçu mes résultats, oh j'ai pas reçu mes résultats. Voilà ! » (Kahina, 45 ans)*

Puisque l'examen, dont le frottis, permet de « vérifier que tout va bien », il est considéré comme un examen qui permet de se rassurer (n = 5).

« Au moins comme ça on est bien et tout, on est tranquille, même dans la tête t'as vu. Sinon ça sert à rien après. Si y a des, je sais pas moi, si y a quelque chose après on n'est pas, on n'est pas bien aussi hein. HUM. C'est ça, pour moi. » (Saida, 48 ans)

« voilà, sur les frottis, sur ça, toujours la peur, cette peur qui s'installe. Et il faut absolument que je sois rassurée. » (Kahina, 45 ans)

« Ben l'examen en lui-même clairement il est fait pour se rassurer. On est, on veut pas trop y aller mais quand on en sort en général et que tout est ok, on [souffle], on est soulagé quand même. On se dit : bon ben c'est bon là j'ai fait ce que j'avais à faire, j'ai eu raison de faire, y a rien qui, qui cloche, tant mieux quoi. Bien sûr c'est très très rassurant. Ah oui ! » (Marine, 39 ans)

L'absence de problème est alors constitutive d'une expérience positive de l'EG (n = 3) et inversement.

Enfin, bien qu'il soit considéré important pour la santé, l'EG, dont le frottis, est également une expérience physique désagréable, voire douloureuse pour certaines, (n = 5) et relevant de l'intime (voir la section suivante). En cela, un sentiment d'obligation à le réaliser est présent pour trois participantes.

« Mais après on est obligé hein et puis pour notre santé c'est, c'est vital donc on le fait mais…, voilà. » (Marine, 39 ans)

L'expérience de la norme préventive apparaît ainsi être une expérience source d'affects. Réaliser l'EG dans une logique préventive en santé repose entre autres sur le besoin de se rassurer face à la peur de maladies, et plus particulièrement de cancer.

7.4.2.2 Quel recours à l'EG et au dépistage du CCU ?

7.4.2.2.1 Les pratiques de recours (soi)

Le rapport à la norme préventive des participantes s'exprime également au travers des pratiques de recours à l'EG et la consultation reportées dans les discours. Ces pratiques s'articulent autour de deux positions principales. Premièrement il est celles qui relatent recourir à l'EG de façon régulière, voire fréquente, sans attendre d'avoir un problème (n = 4 ; 50%)

« chaque six mois, chaque un an je viens pour vérifier tout, tout. » (Saida, 48 ans)

« Deux fois par an j'y vais donc, y en a ils vont une fois par an, une fois tous les deux ans mais moi j'y vais deux fois par an. Voilà. On est au mois de mars, ben je pense que je vais la voir au mois de novembre comme chaque année. Voilà. » (Kahina, 45 ans)

En l'occurrence, les pratiques de recours renvoient à l'examen annuel, voire biannuel, dans une logique préventive en matière de santé. Deuxièmement, il est celles qui expriment consulter seulement dans certains contextes (n = 4 ;50%).

> *« Alors que si j'y vais pas, ça fonctionne, ça fonctionne voilà, le jour où ça fonctionne pas on ira et fera les choses. » (Julie, 26 ans)*

> *« ou sinon ben quand on n'a pas de problème qu'on y va juste pour un examen, ben c'est qu'on n'est pas obligé, que c'est que pour un frottis qu'on n'a pas de problème apparent, ben on se dit : pourquoi je vais y aller ? j'ai pas envie. On va reporter le rendez-vous, on va pas le prendre du tout des fois. Et vraiment on se force à y aller quoi, vraiment. (…) Ben quand on n'est pas enceinte on veut plus y aller parce qu'y a plus d'obligation. Y a pas de symptômes, y a rien. » (Samia, 47 ans)*

Recourir à l'EG et la consultation gynécologique s'effectue alors à condition d'une obligation comme une urgence ou une grossesse, reflétant alors des pratiques de recours ne correspondant pas à la logique préventive en gynécologie.

Quelques freins sont mentionnés (n = 4), comme le manque de temps, le fait d'avoir vécu une mauvaises expériences passées liées aux professionnel·le·s, ne jamais avoir le/la même professionnel·le, l'appréhension de la douleur dans le cas de colposcopie, ou encore, l'appréhension liée à la dimension intime de l'examen[98].

> *« Et particulièrement chez le gynéco parce que déjà le fait de se mettre nue, le fait euh, enfin il y a trop de trucs qui me, qui m'angoissent dans cette chose-là. » (Julie, 26 ans)*

Il se dessine également des facilitateurs au recours à l'EG et la consultation gynécologique comme le fait d'être accompagnée par son conjoint ou une amie (n = 2), et le parcours médical. En effet, la présence d'antécédents de problèmes gynécologiques graves et/ou marquants paraît déterminante dans l'inscription dans une logique préventive en matière de santé.

> *« Parce que j'étais jeune quand j'ai eu ce fibrome-là. Et euh… je veux dire j'ai, j'ai gardé un mauvais souvenir. J'ai euh…, ça a été dur pour moi. Voilà c'est ça a été une expérience de ma vie où ça a été euh, cette peur qui s'installe. Qu'il faut absolument aller voir au cas où si y a quelque chose. Au début je vous en parlais [HUM] c'est aussi peut-être psychologique hein. Mais je suis aussi quelqu'un quand même d'assez, très, très carrée sur ça. Autant, mes dents, je vais voir le dentiste hein une fois par an, euh… mais*

[98] L'intime en consultation gynécologique et l'enjeu des professionnel·le·s et de leurs pratiques font respectivement l'objet des sections suivantes.

je suis plus euh… attentive, je vais dire, à un examen gynécologique. (…) Et voilà, cette expérience-là fait que peut-être que c'est pour ça, pourtant y a très longtemps, j'ai 45 ans et ça s'est passé j'avais 24 ans. Je suis, c'était une période très difficile dans ma vie. Et euh peut-être que c'est pour ça que je suis trop carrée, sur ça je…Voilà. » (Kahina, 45 ans)

Il apparaît que les participantes qui relatent recourir fréquemment à l'EG et la consultation gynécologique (i.e. tous les 6 mois/1 an) sont celles ayant fait part durant l'entretien d'antécédents de problèmes gynécologiques graves.

7.4.2.2.2 Les recommandations

Concernant les recommandations, la fréquence perçue de recours à l'EG et la consultation gynécologique paraît faire consensus, quelle que soit la fréquence de recours rapportée : l'examen est à réaliser de façon annuel (n = 4), voire biannuel (n = 3)

« donc ça franchement c'est, c'est bien de faire des contrôles chaque six mois aussi, chaque six mois un an maximum. » (Saida, 48 ans)

« Donc euh là de se dire : une fois par an ou tous les six mois c'est un peu, quand y a rien ça sert à rien de faire tous les six mois, mais au moins une fois par mois d'aller faire un check-up c'est très important. Et pour les femmes et pour les hommes d'ailleurs, mais en tous cas pour la gynécologie une fois par an c'est ce qui est recommandé. » (Marine, 39 ans)

« Normalement je sais il faudrait y aller tous les ans, aller en voir un. » (Julie, 26 ans)

Pour le recours au frottis, l'objet étant ambigu, il est davantage question de discours injonctifs sur l'importance de recourir au frottis régulièrement (n = 5), sans qu'une fréquence soit mentionnée.

« elle doit faire son frottis, ben au moment de faire le frottis, ben il faut, il faut tout tout laisser. Ben il faut aller faire son frottis. » (Anna, 44 ans)

« Mais une obligation en tous cas, faut le faire parce que c'est ce qui permet de voir si y a pas de maladies, en tous cas pour le cancer et cætera c'est le frottis qu'il faut faire hein. » (Marine, 39 ans)

Ces discours injonctifs sont également retrouvés plus largement sur le recours aux examens de dépistage pour la santé des femmes.

« Avant que ce soit trop tard. Pas trop grave, « trop tard ». On va dire grave, mais avant qu'il soit trop tard. Après y a des, des moments ou des stades et ils vont dire qu'on peut rien faire. Et ça étant donné que on pouvait faire des trucs, avant qu'on soit là. Mais on les a pas fait. C'est vrai les gens ils disent : c'est le destin, le destin – oui ! Y a un destin, oui ! Mais après y a

des trucs, y a, vous avez une cervelle, vous avez…, vous pouvez… réfléchir, vous pouvez, voilà. On fait ce qu'y a à faire mais après si c'est, on peut pas, on peut pas. Mais après on va dire, on aura au moins la conscience tranquille : j'ai fait, et c'est comme ça. C'est pas comme j'ai pas fait… et j'ai eu cette catastrophe. Ça sera plus, un mal, un double mal on va dire. Là quand on détecte la maladie, on va faire des examens, elle est là la maladie, il faut la soigner, il faut se faire, il faut faire. Quand ils peuvent pas, ils peuvent pas hein. Y a des stades où ils peuvent rien faire. Mais après, la personne elle-même elle va dire j'ai, j'ai, j'ai fait des efforts, j'ai, j'ai fait tout, tout, tout, mais ça n'a pas marché. C'est pas comme euh… elle a rien fait et… HUM. Ça sera…, ça sera plus grave ça. Elle va se culpabiliser tout le reste de sa vie. » (Fatima, 46 ans)

En cela, si nous avons vu que recourir à l'EG permettait de se rassurer, c'est aussi pour éviter de se « *culpabiliser* » en cas de problème. Au-delà de prévenir des maladies potentielles par une pratique de recours régulier à l'EG, il est question de se prévenir de tout sentiment négatif à l'égard de soi-même.

In fine, quelles que soient les pratiques de recours des participantes, toutes font part d'une intégration de la norme préventive en matière de santé des femmes qui se traduit par le savoir qu'il est nécessaire d'un contrôle régulier des organes féminins. Les différentes pratiques de recours rapportées soulignent alors différents degrés d'intériorisation de la norme préventive. Enfin, si les recommandations visent à orienter les conduites pour prévenir les maladies potentielles, l'intériorisation de la norme préventive par les femmes et sa mise en pratiques réelles semblent être également sous-tendue par une fonction protectrice à la fois individuelle et collective, mettant en avant le sentiment de responsabilité que génère la logique préventive sur laquelle repose la gynécologie et la médecine.

7.4.2.2.3 Et les autres femmes ? : représentations des pratiques de recours

Lorsqu'elles s'expriment sur leur vision des pratiques de recours à l'EG, la consultation gynécologique et aux autres examens dépistages (n = 5), trois participantes estiment un manque de recours aux examens de dépistage des autres femmes.

« moi j'en connais autour de moi qui m'ont dit : oh mon dieu ça fait quatre ans que j'ai pas consulté. Ah [vive inspiration] ! Il me vient une angoisse ! Et je, et je les mets en garde. » (Kahina, 45 ans)

Plus encore, cette dernière se porte le rôle de rappeler l'importance de la prévention en appuyant sur la responsabilité des femmes quant à leur santé. Il est à

noter que les trois participantes qui s'expriment à ce sujet reportent avoir un recours fréquent à l'EG et la consultation gynécologique. Émettre un jugement, une évaluation sur les pratiques de recours des autres femmes paraît alors dépendre des pratiques de recours, et en cela, du degré d'intériorisation de la norme préventive.

Parmi les freins au recours perçus (n = 3), il est évoqué le fait de ne vouloir consulter que des femmes (n = 3), le rapport à la honte et la pudeur, notamment pour certaines « *communautés* », la croyance qu'il n'est pas nécessaire de consulter en l'absence d'activité sexuelle, ou encore, le fait d'attendre d'avoir un problème.

> *« Je suis persua-, c'est malheureux hein ce que je, je dis mais, ce que j'affirme, mais après détendre ces personnes-là c'est vrai que… elles vont pas aller auscul-, enfin se faire examiner, faire un examen gynécologique avec un homme, euh…, plus avec une femme, par leurs convictions, par leurs…. Je peux l'entendre et je peux le comprendre. J'ai la, j'ai la même conviction qu'eux hein donc, mais… ça doit être très difficile pour ces femmes-là. » (Kahina, 45 ans)*

> *« mais des fois quand on parle de la, de la gynécologie et qu'elle me dit : moi j'y vais pas, j'ai pas d', d'homme j'y vais pas. Je dis : mais, mais après y a beaucoup de, de maladies qui peut se produire sans hein. Sans ! Comme par exemple ma mammographie, si je vous dis je vais chez, je vais aller chez le gynécologue, c'est pour ma mammographie. Ou bien pour faire le frottis, de temps en temps. Parce qu'on peut avoir des, des maladies, des, de l'utérus, de beaucoup de choses. C'est pas que, que quelqu'un on a un homme ou pas pour aller voir le gynécologue. Mais après c'est un peu limité en fait. C'est, c'est pour ça je vous dis : c'est dans la tête. » (Fatima, 46 ans)*

Par ailleurs, deux participantes relatent de la « *chance* » du système de santé en France en comparaison à d'autres pays. Ayant accès gratuitement aux examens, Fatima fait part de son incompréhension quant au manque de recours des autres femmes.

> *« ils savent que si on atteint la maladie au début il y aura beaucoup de, de chance pour la guérison, guérison. Et nous on s'en fout. On le met de coté et voilà. Je veux dire la sécurité sociale elle est plus vigilante à notre santé que les personnes elles-mêmes. Ils nous font rappeler, chaque année ils nous font rappeler de faire. Ils nous invitent en fait. Et tout c'est gratuit. On a la carte, on a la CMU, c'est gratuit. Je sais pas… l'idée de ne pas faire c'est quoi ? » (Fatima, 46 ans)*

7.4.2.3 Les femmes, la santé, et la gynécologie

7.4.2.3.1 Les femmes et la santé

Au travers de l'EG dans sa dimension médicale et préventive s'exprime plus largement des discours sur le rapport entre femmes et santé. En cela, si les examens de dépistages sont importants pour les femmes, c'est notamment car les organes féminins, et plus particulièrement l'utérus, sont conçus comme le siège de maladies potentielles. Du fait de maladies spécifiques aux femmes (n = 5), leurs organes doivent donc être régulièrement, si ce n'est fréquemment, contrôlés.

> *« mais c'est important parce qu'y a beaucoup de maladies en tous cas qui, qui peuvent naître de, de, de cet, de cet organe-là. » (Marine, 39 ans)*

> *« C'est des maladies qui, qui sont, qui sont voilà. Surtout… chez la femme, chez l'utérus, chez le truc, c'est des, des maladies qui, qui se développent vite fait. Voilà en clic comme ça, ça se développe. » (Fatima, 46 ans)*

Par ailleurs, du fait des rôles sociaux attribués aux femmes au regard la sphère domestique, deux participantes estiment que les femmes en tant que groupe social ont tendances à ne « *pas s'écouter* » car leur santé n'est pas mise en priorité. C'est également car elles ont tendance à banaliser leurs symptômes et la douleur ressentie.

> *« Oui mais la femme elle s'écoute pas. C'est ça la différence. Un homme quand il a mal au dos, il a mal au dos ; il a ma au bras, il a mal au doigt, il a mal au doigt. Mais nous les femmes, non ! C'est vrai, on a mal mais qu'est-ce qu'on fait ? La priorité c'est quoi ? C'est les enfants, la maison, le travail. Vous voyez ? On on on se donne jamais la priorité. » (Anna, 44 ans)*

> *« mais justement on attend trop souvent d'avoir des douleurs pour aller voir le docteur et en général c'est pas trop tard mais c'est déjà un peu trop avancé. » (Marine, 39 ans)*

À cet égard, des discours émergent quant aux inégalités de genre perçues et vécues en termes de rôles sociaux vis-à-vis des responsabilités quant à la sphère domestique.

> *« Non mais pour moi un homme, c'est pas comme une femme. Ça fait tout, les enfants, les… la femme, la maison, les enfants, les courses, fais ça, fais ça, c'est la femme. Mais l'homme qu'est-ce qu'il fait ? Même s'il travaille, c'est vrai il travaille l'homme. Mais il fait pas comme la femme. » (Saida, 48 ans)*

Il se dessine une représentation de la féminité comme étant à la fois « *fragile* », notamment du fait de ses organes, et, « *forte* » et « *courageuse* », au regard de ce qu'elle porte et ce qu'elle endure.

« Ça déjà, c'est dur aussi pour une femme aussi, cancer des seins aussi. La femme elle a tout. Y a tout, la femme, c'est pas comme l'homme. Mais elle est toujours courageuse la femme hein. HUM. Pour moi c'est ça hein. La femme c'est pour ça elle est fragile hein. Nous sommes (??) on est courageuse, mais dedans on est fragile hein. Franchement. Moi je suis comme ça, vous me voyez, je suis bien courageuse mais là-dedans je suis fragile aussi. Et oui, on n'est pas des pierres aussi. C'est ça pour moi, une femme c'est le pilier t'as vu de la maison, pour moi, c'est ça. [Rire]. » (Saida, 48 ans)

7.4.2.3.2 La gynécologie et la médecine

Si l'EG et la gynécologie sont considérés comme importants car cette spécialité permet la prévention des maladies spécifiques aux femmes, c'est aussi car il est question d'une spécialité qui appartient aux femmes (n = 2)

« moi je trouve que la gynécologie c'est quand même une super euh… c'est une super spécialité en fait. Euh… parce que on a tendance dans la médecine en général on a tendance à prendre comme maître étalon l'homme blanc euh et c'est quand même bien qu'y ait une euh… une, je cherche mes mots, une spécialité en tous cas qui euh, qui s'occupe plus spécifiquement des femmes » (Lucie, 41 ans)

« Et à, à plusieurs niveaux en plus parce que ça nous appartient au niveau de la femme avec un grand « F », la femme en général puisque c'est sûrement la seule chose, la seule spécialité qui nous, qui nous, qui nous appartient qu'à nous. Et puis à nous en tant que femmes, en tant qu'épouses, c'est « notre » corps, il nous appartient, on en fait ce qui veut, ce que, ce que l'on veut mais en, en l'occurrence là on est obligé, on a une contrainte et faut aller le, le faire voir euh… pour rester en bonne santé, ou pour se faire soigner, ou pour voilà, pour tout un tas d'autres choses. » (Marine, 39 ans)

Par ailleurs, les discours traduisent une utilité perçue des professionnel·le·s de la gynécologie comme étant prioritaires et importants pour la santé des femmes (n = 3), les comparant parfois à des anges, des sauveurs (n = 4).

« C'était ma priorité [rire]. Le généraliste pour moi et la famille. Parce que le généraliste il peut faire les vaccins, il fait tout lui le reste. Et c'est lui qui nous oriente en quelques sortes s'il y a un souci. Voilà. Mais après c'est pas tous les généralistes qui font les frottis, c'est pas tous les généralistes qui font les suivis gynécologiques. Moi le mien quand je l'ai consulté il m'a dit : moi je fais pas les suivis gynécologiques. Je fais pédiatrie mais je fais pas. Donc du coup un gynécologue ! Et je pense c'est « grâce » à cette démarche-là que j'ai constaté, que j'ai, j'ai découvert mon cancer. Et c'est « grâce » à cette démarche-là, à ce diagnostic-là, à ces examens-là que je suis là aujourd'hui. Voilà. […]. Je sais pas c'est ma façon de voir les choses. » (Anna, 44 ans)

« En tous cas pour nous la femme je suis persuadée que c'est un des médecins les plus importants, si ce n'est pas le plus important. Après ça dépend de notre parcours de vie et ce que, les attentes qu'on, qu'on a pour ce professionnel, mais en tous cas pour ma part là, ouais. » (Marine, 39 ans)

« C'est pour ça moi je dis toujours : les anges. Les anges blancs, les médecins. (…) on va dire après dieu c'est son médecin. » (Fatima, 46 ans)

Enfin, bien que la médecine et la gynécologie apparaissent socialement valorisées par les participantes, il émerge toutefois quelques discours désapprobateurs, dont les expressions verbales et non-verbales (i.e., intonation, rythme de la voix) laisse supposer un sentiment de colère. Ces discours renvoient particulièrement à « *l'impensée de la douleur* » se traduisant par une absence d'écoute et de considération de la douleur et des symptômes des femmes en médecine.

« Je veux dire c'est quand même hyper barbare la pose d'un stérilet. Je veux dire pourquoi, enfin je… je pense que ce serait les hommes qui auraient un stérilet ça ferait belle lurette qu'on aurait trouvé un système pour que ça fasse moins mal quoi. Euh… c'est quand même bien la preuve qu'y a, y a, y a un impensé là-dessus, sur les douleurs que provoque l'examen gynéco. Parce que aussi douces et bienveillantes que pourront devenir les pratiques - et ça j'ai j'ai espoir -, le fait est que « oui » on vient toucher un endroit où c'est sensible, c'est hyper innervé, enfin je veux dire c'est c'est c'est… c'est juste de la, de la, de la… de l'anatomie. Anatomiquement parlant c'est hyper innervé, ça fait « mal », poser un stérilet en fait ça fait mal. Arrêtons de délirer. Euh… enfin je pense qu'on devrait penser une façon, l'anesthésie locale ou je sais pas, enfin pour pouvoir poser des stérilets, la pose de stérilet les nanas qui s'évanouissent, qui vomissent et on les renvoie bosser. Tu tu tu c'est euh…. Ben c'est dingue ! Donc euh… de toute façon c'est une médecine qui fait mal. Ça fait mal euh. C'est pas parce qu'on est des chochottes, ça fait mal parce que ça fait mal. Donc euh ce serait peut-être bien que en termes de, de, de techniques euh… médicales là, pour en parler, on pense à diminuer la douleur de tous ces actes-là. Alors je, je pense que c'est possible, je pense que la médecine est suffisamment avancée pour qu'on puisse faire en sorte. » (Lucie, 41 ans)

« Donc c'est pas le stress. Si on a mal quelque part, on a mal quelque part. Il faut aller au bout de la douleur quoi. Il faut… il faut écouter la femme, c'est tout. Pas que la femme, toute personne qui, moi mon enfant, moi la fille elle me dit : j'ai mal, ben je sais, je je je, je dis jamais à un enfant que c'est faux parce que t'as pas envie d'aller à l'école ou quoi que ce soit. Ben t'as mal, t'as mal où ? Je vais jusqu'au bout de… de sa douleur. » (Anna, 44 ans)

En l'occurrence, Anna et Lucie ont fait le récit durant l'entretien d'expériences liées à la gynécologie particulièrement douloureuses et ayant eu un impact important

sur leur santé puisqu'entraînant une errance diagnostique pour la première et un évitement de la consultation gynécologique avec une absence de contraceptif non souhaité pour la seconde. En cela, les expériences vécues en gynécologie et médecine contribuent à leurs mises en représentations.

7.4.1.3 Représentations et expériences de l'intime en consultation gynécologique

À la suite de la consigne initiale, sur l'ensemble des mots évoqué, 28.57 % a trait à la sphère de l'intime (n = 8), comme « *intime* » ou « *intrusion* » avec une valence émotionnelle négative (*e.g*, « *gêne* », « *stress* » « *honte* »).

7.4.3.1 Représentations de l'intime

L'intime comme spécificité de la relation gynécologique est évoqué dans 50% des entretiens (n = 4), que ce soit de façon spontanée ou bien induit par la relance portant sur les spécificités de l'EG en comparaison à d'autres types d'examen médical.

> *« Et puis après c'est un truc d'avoir pas sa culotte et c'est un autre truc d'avoir les jambes écartées comme ça avec quelqu'un qui a la tête au milieu de tes jambes. C'est deux trucs encore différents tu vois. S'il fallait juste que je me balade cul nu comme ça, bon à la limite. Ça pourrait aller [rire]. Mais ouais, le fait oui d'exposer sa partie qui est ultra intime et qui est ultra tabou… » (Julie, 26 ans)*

> *« Bon déjà il est différent parce que euh… parce que forcément, même si comme je disais c'est important des fois aussi de désexualiser un peu les, les, ces organes-là hein, et de revenir à la notion d'organes, ça n'en reste pas du moins une zone intime. » (Lucie, 41 ans)*

> *« c'est l'organe qui n'est pas le même. C'est, c'est, c'est la façon de le faire et la façon de pratiquer et la posture qui ne va pas être la même. Alors moi je vais être très très euh, je suis très à l'aise quand je vais voir l'ophtalmo, ou quand je vais voir le… je sais pas moi, le dermato, mais la gynécologue je le prends pas de la même manière, forcément. » (Marine, 39 ans)*

En cela, si l'EG est intime, c'est qu'il consiste en l'examen des parties génitales impliquant une « *mise à nue* ». C'est plus particulièrement la position de l'EG et l'exposition des parties génitales qui paraissent saillant dans la dimension intime de l'examen.

> *« Ben l'intimité déjà on est dans une position euh… assez ben intime, déjà. Et ben c'est toujours… ben c'est notre intimité en fait qui est dévoilée, vraiment nos entrailles en fait quasiment. Donc voilà. C'est ce qui me vient à l'esprit. » (Samia, 47 ans)*

« on a les jambes quand même écartées, euh enfin je veux dire c'est, c'est, c'est dans le plus près de notre intimité » (Marine, 39 ans)

Il émerge alors dans les discours des représentations associées aux parties génitales (n = 3). Tout d'abord, les parties génitales sont intimes car elles sont une zone qu'on ne montre pas ou qu'à certaines personnes, dont notamment les professionnel·le·s de la gynécologie (n = 2).

« qui d'habitude qui est très intime et très privée, qu'y a très peu de gens qui le voient, que les personnes que tu choisis qui le voient [rire]. » (Julie, 26 ans)

« je sais pas pourquoi c'est fait comme ça mais en tous cas c'est un organe qu'on ne montre pas et qu'on n'expose pas, et que finalement seule la gynécologue ou le gynécologue est, est amené à voir plusieurs fois et de manière régulière » (Marine, 39 ans)

Ensuite, les parties génitales relèvent de l'intime dans leur lien à la sexualité (n = 2).

« C'est, c'est, c'est ce qui nous sert effectivement dans nos rapports sexuels et qui nous sert à accoucher, qui nous sert à prendre du plaisir hein, parce qu'y a pas que faire des bébés donc euh… » (Marine, 39 ans)

« qui peut être source de beaucoup de plaisir comme de beaucoup de souffrance. » (Lucie, 41 ans)

Pour cette dernière, plus qu'un lieu de plaisir, les parties génitales peuvent être le siège de souffrance, au regard notamment d'antécédents de vécu de violences sexuelles dont elle a fait part au cours de l'entretien.

Du fait des représentations associées aux parties génitales et de la pratique de l'examen, comme nécessitant l'introduction d'instruments dans le vagin, une participante formule explicitement la connotation sexuelle de l'EG :

« Donc aller voir un gynécologue c'est bizarre parce qu'elle fait presque la même manipulation, bon là on grossit la chose, mais que lorsqu'on a un rapport donc c'est vrai que c'est, c'est un peu malaisant » (Marine, 39 ans)

7.4.3.2 Une expérience émotionnelle modulée par différents facteurs

L'expérience de l'EG dans sa dimension intime paraît être une expérience émotionnelle à valence négative puisque cinq participantes expriment ressentir de la « *gêne* », de la « *honte* », du « *stress* » ou encore un sentiment de « *vulnérabilité* ».

« de voir même sa, sa partie intime par quelqu'un d'autre, enfin y a un tout en fait qui vient là, la honte ! Le mot : la honte ! Voilà, pourquoi ? C'est bête mais la honte, on avait, j'avais honte. » (Kahina, 45 ans)

« Ouais de là vraiment je suis vulnérable de ouf. Y a pas plus vulnérable que dans cette position-là » (Julie, 26 ans)

« ben la position déjà dans lequel on est, on est assise, assise allongée, le fait de se faire introduire voilà euh… le spéculum par exemple, ou autres, ça c'est pas, c'est pas du tout agréable, en tous cas voilà c'est, c'est pas…, je, je suis pas très certaine qu'y ait une femme qui aime bien aller au gynécol-, à la gynécologue hein, je sais pas, mais en tous cas moi pour ma part franchement c'est, c'est pas un truc que voilà, ou même euh…, voilà ou soit même une, une échographie endo, endovaginale où on doit effectivement ça se fait de l'intérieur, ou même des fois que la gynécologue est obligée de, de mettre des doigts, ben voilà c'est jamais trop agréable, en tous cas c'est quelque chose que, que j'aimais pas du tout. » (Marine, 39 ans)

La dimension intime de l'examen en fait une expérience peu appréciée par les femmes. Aux représentations associées aux parties génitales, un ensemble de facteurs semblent également contribuer à l'expérience de l'intime en consultation gynécologique. Tout d'abord, il est celles pour qui l'importance accordée à la santé et la prévention prévalent sur la gêne et la honte associées à l'examen (n = 3).

« Moi c'est ma santé avant tout hein. Et oui. Je vais pas y aller chez le gynécologue parce que j'ai honte je fais pas ça et ça et ça. Non. C'est ma santé avant tout. C'est ça pour moi. » (Saida, 48 ans)

« Il faut y aller, il faut faire, il faut pas avoir peur, il faut pas…. Ni peur, ni honte, ni rien, c'est un médecin comme les autres, il faut… pour éviter les catastrophes que on peut…, qu'on peut… trouver dans notre chemin, dans notre vie. » (Fatima, 46 ans)

Pour deux participantes, l'expérience de l'intime paraît dépendre de leur rapport subjectif à la pudeur et la nudité.

« enfin en tous cas je suis de nature très pudique depuis que je suis toute toute jeune et…, et même devant ma gynécologue pff ça a jamais été super euh… agréable. » (Marine, 39 ans)

De façon consensuel, le rôle les professionnel·le·s de la gynécologie dans l'expérience de l'intime en consultation et lors de l'EG est largement évoqué[99].

« Confiance euh je…, sur l'examen, sur le médecin, surtout. Voilà. Confiance où on met plus ou moins à l'aise on va dire, qui nous détende,

[99] Les professionnel·le·s de la gynécologie et leurs pratiques font l'objet de la section suivante.

c'est pour ça que je mets, parce que les mots comptent énormément sur un examen gynécologique, je pense que la confiance et si, si y a un, un contact on va dire avec le patient, l'atmosphère se, se détend. Parce que effecti-, enfin moi je pense que quand on en arrive à un examen on est un peu frustré. Enfin, on est un petit peu renfermé, on se sent… et puis en fait avec le médecin voilà quoi, gynécologue, on se détend, voilà. » (Marine, 39 ans)

À cet égard, cinq participantes mentionnent le fait qu'avoir un suivi avec un·e même professionnel·le permet une relation de confiance, et en cela, facilite l'examen.

« La même personne ça nous rassure. Elle nous connaît, on la connaît, y a pas de timidité entre nous, y a pas de… voilà, ce que je veux dire ? Voilà, on est à l'aise et quand on est à l'aise on peut tout donner. Si on n'est pas à l'aise on a toujours… un clic, un clac, je dis pas ça, je lui montre pas ça, je lui fais pas ça parce que…. Mais après si on est à l'aise avec le médecin on peut tout. C'est intéressant d'avoir un médecin… voilà, comme ça." (Fatima, 46 ans)

Il est également évoqué le fait d'avoir l'habitude de l'examen avec l'expérience (n = 2) ou le contexte de consultation (n = 1), avec le motif de réalisation de l'EG comme déterminant dans l'attention portée à la dimension intime de l'examen.

« Alors c'est différent selon, en tous cas pour moi ça a été comme ça, quand on est enceinte ou pas, quand on a vraiment un problème de santé ou pas. Donc euh quand on est enceinte on y va on va dire c'est pour être rassurée, au contraire donc c'est limite l'intimité ben on passe au-dessus. (…) ben si vous voulez psychologiquement on va se dire : bon ben c'est ma santé, c'est mon enfant, c'est euh…. On le voit même plus en fait ce côté-là, on voit quelqu'un qui vous soigne. » (Samia, 47 ans)

Enfin, deux participantes soulignent l'impact d'antécédents de violences sexuelles sur le vécu de l'expérience intime de l'EG.

« parce que de par mon vécu en plus c'est compliqué pour moi les… les, le suivi gynéco parce que j'ai subi des agressions et une situation d'inceste dans mon enfance. Donc du coup ça rajoute, voilà, faut vraiment que je sois en confiance pour que ça se passe bien quoi. » (Lucie, 41 ans)

7.4.3.3 Du côté des professionnel·le·s : faire face aux patientes et à leurs sexes

La question de l'intime s'actualise dans les discours lorsque certaines participantes s'expriment de la perspective des professionnel·le·s de la gynécologie. Deux participantes relatent qu'il peut être difficile, stressant pour les professionnel·le·s de faire face aux possibles réactions des patientes à l'EG, leur nécessitant de s'adapter à chaque personne.

« Ben je pense qu'ils sont stressés aussi. Je pense. Parce que, parce que toute personne, comme je vous ai dit tout à l'heure, toute personne est différente. Donc y a des femmes elles vont arriver ben elles sont tranquilles, elles se laissent faire, elles se laissent aller, elles se laissent se faire manipuler et tout. Y a d'autres elles vont arriver avec la boule au ventre, y en a aussi qui acceptent pas que les autres personnes les touchent. Y a des personnes comme ça en fait, elles refusent le, le, qu'on la touche et tout. Donc peut-être aussi cette personne, je pense qu'elle est aussi, qu'elle est stressée parce qu'elle doit adapter sa façon de travailler avec chaque personne quoi » (Anna, 44 ans)

Deux autres participantes relatent des effets que l'EG peut avoir sur les professionnel·le·s de la gynécologie et notamment du fait de « *voir des sexes toute la journée* ».

« Parce que j'imagine que, enfin je sais pas c'est pas agréable de voir, enfin, j'imagine » (Marine, 39 ans)

« Ce serait comme par exemple euh… pour l'esthéticienne bon ben toute la journée de voir que, que des petites fleurs quoi. Alors elle va pas se rendre compte de son métier mais bon lui il va le savoir, que toute la journée il va voir des sexes toute la journée. (…) Ben je sais pas, s'ils sont pervers bon ben ça va les exciter (…) moi je sais même pas après comment est-ce qu'ils pourraient avoir des rapports avec leur femme ou pas quoi. Même les femmes aussi. (…) Y aura peut-être moins d'excitation, moins de… la libido baisserait, ou augmenterait, enfin je vous dis ça par rapport à, des fois y a des hommes quand ils voient l'accouchement des femmes ils arrivent plus après à avoir des rapports pendant un moment en fait. Le fait d'avoir vu le sexe vraiment avec le bébé qui sort et tout, ça doit être difficile. Mais ça c'est un homme voilà qui est pas gynécologue, alors peut-être que…. » (Samia, 47 ans)

Pour cette dernière, réaliser des EG pourrait avoir un effet sur la vie sexuelle des professionnel·le·s, notamment pour les hommes, entraînant soit un dégout, soit de l'excitation pour les « *pervers* ». Par ces deux extraits, il dessine une représentation des parties génitales des femmes sous l'angle du sale, du dégout.

7.4.3.4 Tabous et connaissances des femmes

Du fait que l'EG concerne les parties génitales et des représentations associées à ces dernières, les participantes font part dans leur discours d'un enchevêtrement de « *tabous* » liés à la fois aux sexes des femmes, à la gynécologie et la sexualité (n = 5).

« le sexe des femmes il a été tellement sujet soit tabou, soit projection, soit dégoût euh depuis des millénaires, enfin y a des mythes qui sont très très

très très très vieux hein, de de de femmes avec des vagins euh sertis dedans qui viendraient couper euh et émasculer les hommes. Je veux dire y en a quand même tout un truc hein sur le vagin des femmes et le sexe des femmes, euh… où euh… enfin on a eu dit que c'était « sale », que… enfin voilà ce côté caché hein, ça ça provoque euh, voilà je t'apprends rien, tabou ça veut dire sexe féminin en fait en… en Papouasie je crois, un truc comme ça, enfin là-bas. Dans l'hémisphère sud. Nan mais c'est ça quoi, c'est vraiment le truc du tabou et et et vecteur de fantasmes. » (Lucie, 41 ans)

« Et on, c'est vraiment un truc, gynéco, et puis c'est discret, quand on prend un rendez-vous on le fait en discrétion, on va pas forcément, on va pas dire « je vais voir ma gynéco » comme on va dire « je vais voir mon médecin-traitant » par exemple. Ben ça c'est un fait même en 2023 hein. » (Marine, 39 ans)

Ces tabous se matérialisent par le fait de ne pas en parler, un manque de connaissance des femmes, et aussi dans les pratiques de recours de l'EG. Par ailleurs, le tabou de l'EG et de la gynécologie s'articule particulièrement dans son association à celui de la sexualité, suivant l'idée que si une femme consulte, c'est qu'elle est sexuellement active.

« Pour la majorité des gens c'est ça. Si on voit une gynécologue c'est que on a une, on a des relations, on a une relation on va dire. On a une relation, sexuelle. » (Fatima, 46 ans)

Puisque consulter en gynécologie signifie être sexuellement active, être une « *jeune fille* » et recourir à la consultation gynécologique peut entraîner des jugements sociaux négatifs (n = 3).

« Et puis non mais au-delà de ça c'est se dire encore une fois, mais ça c'est, je pense que c'est quand on est un peu plus jeune, de se dire : je vais voir une gynécologue parce que forcément j'ai des rapports. Donc : ah tu vas voir, ah ça veut dire que tu as un am-, tu as un petit ami, ou un copain, ou un mari, ou ce que vous voulez et c'est pour ça que tu vas voir un gynécologue. C'est souvent la représentation qu'on se fait. Parce que on met encore une fois tout dans des cases et que forcément c'est ça. Alors qu'en fait avec le temps tu te rends compte que non, pas du tout. Quelqu'un qui va voir un gynécologue, y a une jeune fille qui peut avoir tout à fait des problématiques même en étant vierge, ou même sans être vierge mais en tous cas ne pas avoir un petit ami, en tous cas au moment précis où elle va voir un gynécologue, et…, et c'est que oui, c'est vraiment des représentations qu'on a et que je pense qu'encore, encore à, à cette époque-là on en a encore, en tous cas les jeunes filles on, on passe tous par là je pense. À un moment donné se dire : ah elle va voir un gynéco [chuchote]. » (Marine, 39 ans)

Pour expliquer ces différents tabous quant aux parties génitales, à l'EG, la gynécologie et la sexualité, quatre participantes mobilisent des facteurs socio-culturels, comme l'âge (n = 2), quelles que soient les origines sociaux-culturelles des femmes (n = 1).

> *« notre époque à nous, notre génération à nous, je pense que c'est nous les dernières générations, là ceux qui ont 40 ans maintenant, les années 80 à peu près, c'était très tabou. Et toutes les familles confondues hein, toutes les familles de tous types, de, de, de je veux dire, je trouve pas moi le mot adapté. De toutes confessions, de toutes origines, voilà de toutes origines, c'était tabou. Vous allez chez les Chinois, les Arméniens, les Français, les Arabes, les Noirs, tout ce que vous voulez » (Marine, 39 ans)*

Pour d'autres, il est une question de culture et de religion (n = 2). C'est notamment ce qu'exprime Fatima, elle-même immigrée d'Algérie :

> *« Peut-être comme je vous ai dit c'est par rapport de nos cultures, de nos… voilà, on a été moins formé, on, on nous parlait pas du tout de ça. (…) Mais je crois qu'on était un, on est moins informé de ça. Surtout nous… on va dire les Africains, les Arabes [léger rire], un peu…, on est moins formé de ça. (…) C'est pour ça je vous dis moins de culture, on n'est pas très cultivé. » (Fatima, 46 ans)*

En cela, la question des tabous s'articule avec celle des connaissances des femmes. Quatre participantes font alors part dans leur discours de l'importance d'être davantage formée et informée et d'avoir davantage de connaissances quant à la gynécologie et/ou la sexualité. Premièrement, informer les femmes permettrait de les enjoindre à davantage recourir à l'EG et la consultation gynécologique.

> *« Moi je suis beaucoup dans l'observation de ce qui se … tout autour de moi. Et je me suis rendu compte qu'y avait beaucoup de choses, l'information, elles, elles, elles étaient euh, y a beaucoup de choses, d'ailleurs j'avais demandé à Lilia, à, à Lilia, à Marie de faire un [rire], un truc sur la sexualité un peu autre que sur la femme, surtout, santé sur la femme, que ce serait quand même assez important de le…, le truc. Parce qu'y a des femmes elles sont mal informées, elles ne savent pas ce que c'est. (…) j'en ai parlé une heure avec Marie sur le trajet du métro euh..., je lui ai dit : mais…, j'ai dit : tu sais je pense qu'il faudrait euh… envisager de faire un truc sur, sur la femme, enfin parce que… Sur, surtout au niveau gynécologie quoi. Moi je dis sexuel mais c'est pas peut-être ce mot, ça va les heurter. » (Kahina, 45 ans)*

Cette levée de tabou par l'apport de connaissance viserait ainsi à soutenir la logique préventive en gynécologie. Deuxièmement, avoir davantage de

connaissances permettraient d'amoindrir l'asymétrie de la relation médicale, notamment en ce qu'une meilleure connaissance de l'examen et de son déroulé permettrait d'évaluer les pratiques professionnelles.

> *« Si tu sais la procédure ce que c'est, tu sais quand on déborde de la procédure. Tu vois ? Y a un truc où si tu ne sais pas, ben c'est toujours flou. (…) si la personne elle a pas bien fait la procédure, si toi tu la connais parce que je sais pas ton gynéco d'avant il t'a tout expliqué et que tu sais, et que l'autre il va oublier un truc ou qu'il a pas vérifié quelque chose. Ou même, ça veut que toi après quand t'en parles avec d'autres professionnels t'es pas un ignorant, tu vois, tu peux avoir les bons termes, dire : ok je sais pas j'ai eu cette opération, c'est en rapport à ça, et ça ça fait ça. Et l'autre il va te dire un truc et si toi tu sais un peu, tu vas dire assez : non c'est pas ça, c'est pas ce que m'avait dit mon ancien professionnel. Enfin tu vois il y a aussi un truc où tu es plus agissant que quand tu sais rien, et que du coup tu te fais trimballer de droite à gauche et que les gens ils te parlent et tu sais même pas. » (Julie, 26 ans)*

> *« et ça va se passer comme ça, et ça c'est normal que ça se passe, ça si ça se passe c'est pas normal. C'est aussi ça, c'est aussi apprendre aux jeunes filles à repérer un comportement qui va être abusif pour pouvoir euh ben l'anticiper. (…) D'ailleurs ça permet d'être plus « armé » face à un médecin. [Silence]. Voilà. » (Lucie, 41 ans)*

À cet égard, si relation la soignant·e-soignée est envisagée comme une relation de pouvoir (n = 3), c'est notamment dans son lien avec le savoir, questionnant sur la légitimité épistémique des femmes en gynécologie.

> *« ce rapport en plus au médecin qu'est un peu tu sais, quand tu vas chez le médecin ils ont un peu une posture qui sont du pouvoir un peu plus que toi, ils savent plus que toi, c'est eux qui vont te dire ce que t'as. Il y a un truc tu vois, où t'es pas sur un pied d'égalité comme si t'allais chez ton boulanger ou… Tu vois [rire]. » (Julie, 26 ans)*

> *« Après ce savoir il peut, et d'ailleurs il doit, il doit pouvoir être mis en question parce que, ben parce que ben on n'est pas on n'est pas médecin quoi. Et euh… et l'idée n'est pas du tout d'aller vers ce danger de l'automédication et de, pas du tout. Mais… qu'on puisse penser, qu'on puisse penser la gynécologie vraiment euh… avec le fait que les femmes sont porteuses d'un savoir de leur corps. Que ça puisse être vraiment identifié, valorisé, reconnu. Et que c'est pas parce que les patientes auraient un savoir qu'on « enlève », on n'enlève pas le savoir en fait aux, au gynéco qu'on a en face. On va peut-être lui enlever un peu de pouvoir. C'est vrai. Mais c'est pas grave en fait. Le pouvoir en général s'il est bien re-réparti ça se passe plutôt bien. » (Lucie, 41 ans)*

7.4.4 L'enjeu des professionnel·le·s et leurs pratiques

L'évocation de mots renvoyant à la sphère des professionnel·le·s, de leurs pratiques et de la relation représente 25% des mots évoquées par les participantes comme : « *confiance* », « *appréhension du professionnel* », « *détente* », « *le gynécologue* », *etc*. Si le rapport à la logique préventive et à la question de l'intime en situation médicale sont des enjeux caractéristiques de l'expérience de l'EG et la consultation gynécologique, les professionnel·le·s et leurs pratiques paraissent jouer un rôle central dans l'expérience de l'examen pour les femmes.

7.4.4.1 Un rôle central dans l'expérience de l'examen gynécologique

Précédemment, nous avons vu que le rôle les professionnel·le·s de la gynécologie dans l'expérience de l'EG au regard de sa dimension intime est largement évoqué par les participantes. En cela, quand les patientes relatent leurs expériences liées à l'EG et plus largement à la gynécologie et l'obstétrique, elles décrivent un ensemble d'attitude et de pratiques professionnelles contribuant à la qualité de leur expérience. Cet enjeu des professionnel·le·s se matérialise également lorsqu'elles s'expriment sur la façon dont elles se représentent l'examen idéal, c'est-à-dire ce qu'il faudrait, ce qu'il devrait être. En effet, si elles s'expriment sur leur vécu « idéal » en tant que patiente (n = 7) comme l'absence de douleur à l'EG (n = 2) ou l'absence de problèmes gynécologiques (n = 3), les professionnel·le·s, leurs attitudes et leurs pratiques prennent une place considérable dans les discours.

Concernant les expériences de l'EG et plus largement en gynécologique-obstétrique, nous nous concentrerons ici principalement sur les pratiques associés à l'EG. Nous les avons bi-catégorisées en éléments positifs et éléments négatifs[100], ces derniers étant non exclusifs et pouvant co-exister pour une même expérience de

[100] Dans démarche compréhensive et interprétative, cette catégorisation s'est faite sur la base des discours des participantes et l'explicitation verbale d'une évaluation sur leurs expériences et des pratiques (*e.g.*, « c'était super » ; « c'était horrible »), mais aussi sur la communication non-verbale et le climat de l'entretien, difficilement transcriptible ici, et sur des éléments de littérature. À titre d'exemple, une participante relate que le DIU en tant que contraception lui a été imposée par une gynécologue malgré qu'elle ait exprimé son refus. Bien que la participante n'ait pas émis de jugement quant à son expérience et cette imposition de contraception, cette pratique a été codée dans « éléments négatifs » au regard du climat de l'entretien (*e.g.*, pleurs, colère) et de la littérature sur les violences gynécologiques. Pour autant, si des pratiques peuvent être considérées comme « éléments négatifs » au regard de la littérature féministe sur les violences gynécologiques et plus largement les relations soignant·e-soigné·e, ce qui était considéré comme éléments positifs par les participantes a été codé comme tel.

consultation.

7.4.4.1.1 Des attitudes professionnelles valorisées

Parmi les attitudes professionnelles valorisées, la mise en confiance des patientes, notamment face à la question de l'intime liée à l'EG, est retrouvée que ce soit en termes expériences vécues (n = 4) ou bien dans l'idéal (n = 3).

> *« elle m'a mis assez en confiance, donc le moment ne s'est pas aussi mal passé que toute l'angoisse que j'ai eue. » (Julie, 26 ans)*
>
> *« Et il avait réussi à établir ce rapport de confiance qui fait que ben le jour où ça s'est mis à gratouiller je suis allée le voir. » (Lucie, 41 ans)*

Il est également valorisé dans les discours le « *professionnalisme* », le fait d'être « *à l'écoute* » et impliqué·e qui se traduit par le fait de prendre le temps avec les patientes. Enfin, de façon plus disparate il est évoqué la « *bienveillance* », être « *cool* », « *marrant* », ou encore, « *pédagogue* ».

7.4.4.1.2 Les pratiques liées à l'EG

Concernant les pratiques liées à l'EG, l'élément positif le plus fréquemment évoqué dans les discours correspond aux explications et informations fournies par les professionnel·le·s (n = 5).

> *« Même eux quand ils font les examens, il me dit : y a rien, tout est bien, tout est… net, tout est clair, je vous rien du tout. Voilà, c'est des mots qui…, qu'ils disent souvent. Surtout tout est intact, tout est bien. Pour l'instant y a rien de… voilà, y a pas de crainte. C'est des mots qui nous… rassurent en fait. » (Fatima, 46 ans)*
>
> *« Après elle explique en amont hein. Voilà bon là je vais vous euh…, voilà je, vous inquiétez pas, détendez-vous. Toute façon elle le dit toujours « détendez-vous », elle emploie des mots quand même…, parce qu'on est forcément crispée à ce moment-là : nan nan détendez-vous et tout ça, si vous vous crispez. Moi je savais que si j'étais crispée ça allait forcément moins bien se passer et que ça allait peut-être être même douloureux. Et le fait de [souffle], de souffler, de se détendre euh…, toujours elle disait : pre-, prenez, expirez bien, détendez-vous (…) oui toujours, elle explique toujours ce qu'elle allait me faire » (Marine, 39 ans)*

À cet égard, par explications et informations il est entendu le fait d'expliquer le déroulé de l'examen avant et/ou au fur et à mesure, de prévenir lors des gestes effectués (*e.g.*, insertion du spéculum), ou encore, faire part de ses observations et rassurer que tout va bien.

« Je pense que le dialogue c'est le plus important. Et en fait elle m'a mis à l'aise quoi. Elle m'a mis à l'aise et j'étais pas, j'étais tendue mais, comme je dis, après le corps il parle. Ça a été euh, voilà, ça a été fluide. Très très fluide. » (EF007)

Si aucune participante ne fait part dans les expériences relatées de la question du consentement, trois d'entre elles l'évoquent lorsqu'il est question de l'examen « idéal », soit des pratiques qui devraient être mises en place.

« Ce qu'elle va faire, qu'il demande ton… c'est un truc bête tu vois mais euh la dernière fois je faisais un test Covid là, et la meuf elle ne m'a rien dit, elle me l'a enfoncé jusqu'à je sais pas où, je pleurais et tout, j'étais au bout de ma vie. Et vraiment elle m'a trauma et du coup depuis celle-là à chaque fois que je vais me faire tester je suis vraiment là en mode : attendez attendez, ok d'accord. Et en fait c'est moi qui prends le truc. Et une fois je suis tombée sur une meuf qui m'a dit : ben là je vais le faire, descendez le masque, j'y vais, un deux trois on y va, c'est bon pour vous ? Et là je me suis dit : ouah mais c'est génial en fait, c'est ça qu'il devrait y avoir partout, pour tout. De demander mon consentement avant de m'introduire un truc au fin fond de ma narine ou au fin fond de mon vagin tu vois. » (Julie, 26 ans)

C'est également le respect de la nudité et de l'intimité lors du déshabillage qui est mentionné dans les discours. Cela se matérialise par le fait de ne pas faire se déshabiller entièrement les patientes, la présence d'un rideau pour distinguer l'espace pour se déshabiller ou encore, l'utilisation d'un papier qui couvre les jambes lors de l'EG.

« Et moi j'ai eu affaire à des gynécos dans ma jeunesse qui m'ont fait me mettre entièrement à poil alors que j'étais jeune, mal dans ma peau. Voilà. Et c'était, ça a été extrêmement violent » (Lucie, 41 ans)

« Si, ça voilà, y en qui…, qui ont tiré un rideau par exemple, voilà, même si y a personne. Ça vous met plus, ça vous rassure. » (Samia, 47 ans)

Parmi les éléments les plus fréquemment évoqués, le fait d'effectuer l'examen avec « *douceur* » (n = 2) ou inversement, en étant « *brutal* » (n = 3) sont retrouvés comme éléments constitutifs des expériences des femmes.

« Quand y a une, moi je parle beaucoup des urgences parce que… on connaît pas, il connaît pas le patient, on est là que de passage on va dire juste parce qu'on a un problème, et l'examen gynécologique des fois pas est bâclé, c'est pas ce que je veux dire, c'est que c'est tellement à la chaîne. Je sais pas, ils sont en urgence, y a des accouchements, y a, y a un peu de tout, je, je mets pas la faute sur le, celui qui fait, le praticien enfin qui fait l'examen, mais des fois c'est, c'est horrible ! C'est horrible, parce qu'on vous parle comme si vous étiez du, du bétail. » (Kahina, 45 ans)

« Y en a qui vous demandent même pas votre avis. Voilà ils ont des gestes assez euh… bruts quoi, en fait, ils vous poussent les jambes, ils vous rentrent tout de suite, ils vous préviennent pas. » (Samia, 47 ans)

« Elle me dit, elle me disait comme ça : ma poupette je vais vous faire un peu mal, c'est pas grave, supportez mais c'est pour votre bien et tout, mais je ferai tout pour [voix douce]. Mais elle était d'une douceur… incroyable ! » (Anna, 44 ans)

Enfin, l'EG, par l'exposition qu'il nécessite, peut faire émerger des commentaires sur le corps et les parties génitales des patientes de la part des professionnel·le·s.

« Et puis en plus elle m'a fait des compliments, elle m'a dit que mon machin était « super » ! Donc j'étais super contente, j'ai dit : ok ça va [rire]. La seule personne qui peut me dire des commentaires sur ça m'en dit des positifs donc ça va. » (Julie, 26 ans)

« et donc j'étais pas épilée et euh… bon ben j'avais des poils partout et elle m'avait dit : oh ben vous auriez pu vous épiler, y en a trop là. Voilà j'étais encore vierge et j'avais pas envie de… voilà moi c'était pour faire un frottis, je sais plus pourquoi j'avais été d'ailleurs, ah oui j'avais des démangeaisons. Elle devait m'examiner donc voilà. Et puis ça m'avait gêné parce que voilà je voyais vraiment un regard, elle regardait plus mes poils que ce qu'elle doit faire quoi. Donc voilà. » (Samia, 47 ans)

7.4.4.1.3 Au-delà de l'EG

En ce qui concerne les pratiques qui n'ont pas de lien direct avec l'EG, quatre patientes évoquent des éléments positifs (n = 4), comme les compétences médicales, le fait de fournir des explications liées au motif de consultation (n = 2), d'être attentif·ve·s aux patientes, ou encore, de reconnaître ses erreurs de diagnostics. Il est également évoqué de multiples éléments négatifs par cinq participantes, dont le plus fréquent est la non prise en compte, la minimisation et/ou la psychologisation des symptômes et des douleurs évoqués par les femmes (n = 3).

« Par exemple je fais de l'endométriose ben c'est la gynéco de ma mère qui m'a, qui m'a, qui m'a enfin diagnostiqué, alors j'ai une endométriose très légère, ça s'appelle exactement de l'adénomyose. C'est l'endométriose de l'utérus interne. Mais pendant des années des gynécos m'ont dit que j'étais juste douillette. Et le fait que je m'évanouissais quand j'avais mes règles, que je vomissais [aspire sa salive entre ses dents], euh que je pouvais pas aller travailler pendant deux jours, c'était absolument pas entendu. » (Lucie, 41 ans)

« Je sentais une douleur, des rapports, avec les, même j'avais des rapports je sentais une douleur. Mais c'était pas une douleur intense. Et au toucher

je sentais comme une, pas une boule, quelque chose qui me gênait. Vous voyez, au toucher moi-même. Et je me disais : c'est rien. Et j'ai laissé une année courir euh comme ça. Quand euh… je suis allée ausculter, parce que j'habitais pas, j'habitais sur Marseille mais pas dans le même arrondissement on va dire familier, vous voyez moi ça compte beaucoup ça, -fin. Donc euh j'avais, j'avais… consulté la gynécologue et à l'examen gynécologique qui me dit, je, je lui parle de mon ressenti de ce que j'avais et elle me dit : oh mais non, mais c'est rien. Vous inquiétez pas, moi je vois rien. Et en fait euh… ça a laissé encore courir très longtemps. Je retourne la [tousse], la voir. Elle me dit : mais non ! Moi je vous dis qu'y a rien. Je lui dis : mais non non non, y a quelque chose. On connaît son corps. On sent quand y a quelque chose qui va pas. » (Kahina, 45 ans)

7.4.4.2 Choisir un·e professionnel·le ?

Pour s'assurer de bon vécu de l'EG, trouver un·e bon·ne professionnel·le de la gynécologie représente un véritable enjeu. En cela, toutes les participantes s'expriment sur leurs pratiques liées aux choix des professionnel·le·s.

« Ben je trouve que c'est super important parce que même si moi j'ai pas forcément eu de mauvaises expériences, je sais que selon le professionnel qu'on va voir on peut s'attendre à différentes choses. » (Julie, 26 ans)

7.4.4.2.1 Comment choisir un professionnel·le ?

Les participantes font part de différentes stratégies pour choisir un·e professionnel·le. Trois d'entre elles mentionnent le fait de demander des recommandations à des pairs.

« j'habitais Aurillac à l'époque et c'était le gynéco de toutes mes copines de lycée, on se refilait son nom sous le manteau. » (Lucie, 41 ans).

Il est également évoqué le fait de demander à son médecin traitant, ou prendre rendez-vous au hasard, via Doctolib. Enfin, une participante relate ne pas avoir le choix. Il s'agit en l'occurrence d'une participante en situation de précarité et d'immigration.

« Mais après c'est, un médecin c'est un médecin hein. On choisit pas » (Fatima, 46 ans)

Malgré la mise en place de stratégies, il en reste que rencontrer un·e professionnel·le relève d'une situation d'incertitude (n = 1), comme l'exprime Julie ci-dessous :

« donc tu te dis : ok, qu'est-ce que je peux mettre en place pour éviter de tomber sur des professionnels … ? Et d'un autre côté ben c'est pas ta responsabilité quoi, tu peux pas trop savoir non plus. » (JULIE, 26 ANS)

7.4.4.2.2 Le genre des professionnel·le·s comme critère

L'enjeu du genre des professionnel·le·s de la gynécologie émerge dans la totalité des entretiens. De façon majoritaire, une préférence envers les professionnel·le·s femmes est exprimée par les participantes (n = 5 ; 62.5%). En termes de pratiques, ces participantes expriment consulter des femmes, enjeu qui semble marqué pour le premier EG (n = 2). Par ailleurs, dans certaines situations comme en urgence ou en l'absence de choix, l'importance accordée à la santé prévaut.

« Après demain j'ai une urgence et c'est un homme, c'est un homme hein, je vais pas… Je vais pas me dire : ah non je préfère mourir. Non non, pas du tout, ça sera un homme et il m'examinera comme il se doit et comme quand j'ai pu aller aux urgences c'était un homme et, et ça se passe comme ça, mais… » (Marine, 39 ans)

Si différentes justifications sont mobilisées pour justifier la préférence envers des professionnelles femmes, il semble avant tout être une question d'une peur des comportements potentiels des hommes, bien que ces derniers puissent être perçus comme *« plus doux »* que les femmes (n = 1).

« Et puis genre aussi parce que c'était une femme, je pense ça aurait été un homme y aurait eu encore plus… même s'il m'avait mise à l'aise dans ma tête y a tout l'imaginaire autour de l'homme prédateur là que…. C'est pour ça d'ailleurs que je vais pas chez des hommes, parce que même s'ils vont être géniaux moi tout le long je vais avoir, je vais me chier dessus. Donc [rire] y a un truc que chez une femme au moins… » (Julie, 26 ans)

« Mais un homme on est un peu… je sais pas. Regarde, un homme c'est je sais pas moi, pour moi la tête c'est pas la même chose [elle fait un signe de main signifiant ce qu'il y dans la tête]. C'est ça. [DONC UNE AUTRE FACON DE, DANS LA TÊTE ?] Ouais c'est ça, dans la tête on sait jamais. On va tomber sur un… [rire], je sais pas moi. » (Saida, 48 ans)

« Et…, et moi ça j'ai toujours eu peur de ça quoi. Alors on est d'accord que des fois vous avez des, des femmes lesbiennes et voilà, et des hommes même…, des hommes homosexuels et que c'est pas forcément…, mais malheureusement la plupart du temps ben… c'est vrai que moi cet aspect-là il me faisait vraiment peur et souvent on, moi, moi je craignais moins une femme. Et quand bien même une femme gé-, euh…, une femme lesbienne hein pour le coup euh, ben je on…, elles sont moins enclins à avoir des, des, des, des gestes euh, des gestes déplacés et tout. J'imagine. » (Marine, 39 ans)

En cela, plutôt qu'une orientation sexuelle, il s'agit des hommes en tant que groupe social, dont il se traduit une vision sous l'angle de la prédation. Consulter un homme revient alors à prendre le risque de s'exposer à des « *gestes déplacés* ». Cela nécessite également de faire face au regard potentiellement sexualisant des hommes (n = 2). En cela, trois participantes expriment être davantage à l'aise et plus en confiance avec des femmes. Enfin, le fait d'être « *entre femmes et femmes* » et le partage d'un même vécu en tant que femme sont également mobilisés, au regard des expériences en gynécologie (n = 2) et du partage d'une même condition sociale (n = 1).

> *« Je me dis entre femmes on se comprend, pour le coup l'homme il a pas de…, de, pour le coup il peut être tout ce qu'il veut, il aura jamais d'examen gynécologique à subir en tous cas, et je me dis entre femmes on se comprend. Voilà on se ressemble. Euh… et je trouve que quand même c'est important, voilà. » (Marine, 39 ans)*

> *« Et chez des femmes moins, parce que comme elles sont de base des femmes et qu'elles subissent de base des oppressions liées à leur genre, elles sont peut-être moins à même de les perpétrer tu vois. HUM. Et encore une fois, pas forcément, mais t'as moins de chances quand même [rire]. Quand même. » (Julie, 26 ans)*

Si pour deux participantes, la gynécologie apparait comme un choix, une vocation, deux s'interrogent sur les motivations à s'y spécialiser, notamment pour les hommes, questionnant même les attributs de la masculinité.

> *« Moi je comprends pas d'ailleurs qu'un homme puisse vouloir être gynéco [ton rieur] (…) Nan mais je pense c'est une spécialité comme une autre, je vous dis ça parce que c'est, c'est, c'est, c'est plus une boutade mais…, mais c'est vrai que pff, c'est particulier. En plus euh… enfin on, on pourrait croire que, que souvent c'est des hommes efféminés, ou des hommes peut-être même homosexuels, mais non c'est souvent des hommes, des vrais hommes euh, enfin des vrais hommes attention je, je dis n'importe quoi parce que… qu'on soit clair hein, voilà, c'est pas ce que je veux dire, mais, mais je veux dire euh… les, les, des hommes, c'est des hommes qui sont pas efféminés en tous cas et qui laissent pas paraître voilà quoi que ce soit, et c'est des hommes, ils ont choisi cette spécialité. Moi ça m'a interrogé en tous cas, ça m'a questionné. Pourquoi ? C'est vrai j'ai pas posé de questions et puis là on parle mais je me, c'est pas une question que je me pose dans ma vie en général hein [ton rieur]. [Léger rire]. Voilà mais vraiment pas, mais c'est vrai que quand on pousse le, le bouchon, je me dis : ouais bon c'est, c'est particulier quoi, un homme gynécologue. » (Marine, 39 ans)*

Une participante exprime une préférence envers les professionnels homme du fait qu'elle les considère comme plus « *doux et attentionnés* » que les femmes. Enfin, deux participantes relatent ne pas avoir de préférence, les attitudes des professionnel·le·s prévalent au genre de ces derniers.

> *« Je sais pas, moi j'ai pas ce problème donc je peux pas le… moi que ce soit une femme ou un homme ça m'est égal, le plus important qu'il soit bienveillant. » (Anna, 44 ans)*

7.4.4.3 Mauvaises expériences, mauvaises pratiques et violences gynécologiques

Précédemment, nous avons présenté un ensemble d'attitudes et de pratiques professionnelles liées à l'EG contribuant à la qualité de l'expérience des participantes.

7.4.4.3.1 Vivre une mauvaise expérience

Lorsque les participantes qualifient leurs propres expériences, certaines expériences d'examens sont considérées comme positives (n = 4) (*e.g.*, « *avec lui ça se passait très bien* » ; « *mon premier examen s'est très très bien passé, avec le sourire* »), d'autres comme négatives (n = 4). À cet égard, deux participantes relatent explicitement le caractère « *violent* » ou « *traumatisant* » de leurs vécus. La dimension négative de l'expérience se matérialise également par l'accent mis sur le souvenir encore vif de celle-ci.

> *« Mais je vous assure y a, y a huit ans hein, je m'en souviens encore » (Kahina, 45 ans)*

> *« Ah oui c'est marquant, regardez, je vous en parle euh…, je vous en parle euh… 20 ans plus tard. 20 ans plus tard, clairement, 20 ans plus tard donc c'est que oui, ça m'a marqué [très léger rire]. » (Marine, 39 ans)*

Six participantes font part dans leur discours de stratégies mises en place pour faire face à une mauvaise expérience liée aux professionnel·le·s, que cette expérience soit réelle ou imaginaire, et selon la temporalité de la consultation, soit pendant la consultation ou après la consultation. Pendant la consultation (n = 3), deux participantes relatent s'imaginer rester « *figé* » ou partir de la consultation.

> *« Mais c'est vrai que quand je vois d'autres femmes, au niveau de la solidarité féminine, je me dis : mais mince, si ça m-, on se projette forcément, on se dit : mais qu'est-ce qu'on aurait pu faire ? Et voilà, les dames elles disaient, on entendait leur témoignage, elles restaient figées et tout et moi je suis sûre que j'aurais réagi comme eux, c'est-à-dire figées.*

On réagit pas forcément au moment, on crie pas, on se lève pas, on frappe pas, enfin moi je pense que toutes les femmes on est un peu comme ça, on se bloque. » (Marine, 39 ans)

« je pense que si ç'avait été quelqu'un qui m'avait pas mis en confiance ou que j'avais senti chelou, eu…, je pense que peut-être là j'aurais paniqué plus ou peut-être même j'aurais dit : bon ben écoutez on va se revoir, je vais partir maintenant. [Rire]. » (Julie, 26 ans)

Pour Anna, relatant de sa propre expérience vécue, elle exprime s'être 'imposer et exprimer son désaccord par rapport à un avis médical.

"La deuxième fois j'ai su… prendre mon cran en disant euh, dire : non ! » (Anna, 44 ans)

Enfin, il apparaît que faire face à une mauvaise expérience se manifeste dans l'après puisque la stratégie la plus fréquemment évoquée renvoie au fait de changer de professionnel·le (n = 4).

« Bon après ceux qui font vite on les voit plus hein. Dès qu'on a une mauvaise expérience hop on arrête tout de suite. Et euh donc voilà. […] Ah oui, on change direct, on peut pas, on prend pas le risque d'y retourner quoi. » (Samia, 47 ans)

Ces mauvaises expériences peuvent avoir pour conséquences d'être « *plus froide* », c'est-à-dire plus difficile à examiner (n = 1), ou entraîner un arrêt du suivi gynécologique (n = 1).

« j'ai plus vu de gynéco ensuite jusqu'à mes 27 ans quand j'ai dû avorter. Donc pendant sept ans j'ai pas eu de suivi gynéco. Voilà. Je refusais. [Silence]. J'ai eu de la chance qui ne me soit rien arrivé de grave, d'avoir une bonne santé à ce niveau-là. » (Lucie, 41 ans).

Enfin, une participante justifie les comportements des professionnel·le·s par les conditions d'exercice de ces derniers, notamment dans des situations d'urgence.

7.4.4.3.2 Représentations des mauvaises expériences

Aux mauvaises expériences vécues par les participantes, les discours font part de mauvaises expériences de pairs (n = 3), que ce soient des récits de proche (*e.g.*, amie, cousine) ou entendus dans les médias. Il est à noter qu'une seule participante évoque le terme de « *violences gynéco-obstétricales* ».

« Parce que, je ne sais pas, euh parce que j'ai entendu des histoires horribles [...] de femmes qui ont subi des trucs horribles de la part de gynécos » (Julie, 26 ans)

« bien que ce qu'on voit dans les faits divers malheureusement des fois, en plus c'est, c'est, c'est, fou que j'ai cet entretien maintenant parce qu'y a quelques jours j'ai vu le, celui qui est passé à Sept à Huit là, ben le gynécologue du coup qui, qui s'est, ben il, il risque 20 ans de prison parce qu'il a abusé ses patientes quoi. » (Marine, 39 ans)

Trois participantes décrivent ce qu'elles considèrent comme relevant de mauvaises pratiques, voire de violences, comme l'expression de jugements de la part des professionnel·le·s, le non-port de gant lors d'un toucher vaginal, la réalisation de toucher rectal, et des violences sexuelles (n = 2)

« D'ailleurs j'avais entendu la première qui m'avait fait des commentaires sur ma pilosité, donc ben j'avais une copine aussi qui l'avait carrément ben : pourquoi t'écartes les jambes ? Enfin elle était tombée enceinte elle était toute jeune et c'était pour se faire avorter, et donc elle a été vraiment très brute aussi avec elle. « T'avais qu'à prendre la pilule ». Enfin des mots assez violents quand même […] Et après en fait avec le temps on a déjà entendu encore une autre histoire à propos de ce gynécologue-là, qu'il avait une patiente qui allait le voir juste pour avoir du plaisir, lui toucher son point G et puis lui donner du plaisir dans son cabinet. Donc alors j'avais un peu lié ça, je dis : ben c'est peut-être quelqu'un qui profitait de son métier pour euh…. » (Samia, 47 ans)

« Et je voyais des femmes, elles ont leur vie, elles ont, il a quand même, enfin, en tous cas il est présumé innocent encore mais… y a des femmes qu'il, qu'il, il a violé quoi. » (Marine, 39 ans)

Concernant les conséquences de ces mauvaises expériences, deux participantes relatent que ces témoignages ont un impact émotionnel sur soi puisque générant de l'appréhension (« *t'as pas envie que ça t'arrive* »). S'exprimant plus particulièrement sur des situations de viols dans le cadre de consultation gynécologique, une participante semble exprimer de la sidération.

« mais en tous cas cette histoire moi elle m'a traumatisé et je me disais : mais [inspiration vive] ! Mais mon dieu. (…) Et…, et ça c'est, c'est, je veux dire, c'est grave. Franchement c'est même plus que grave, y a pas de mot je pense pour qualifier ça de toute façon hein. » (Marine, 39 ans)

Le viol dans le cadre de consultation gynécologique semble être considéré comme une trahison ultime qui peut engendrer une perte de confiance envers tout le corps médical et des « *traumatismes* » pour celles l'ayant vécu.

« Donc ouais, non non, vraiment une trahison pure, c'est pas possible, moi je, franchement compliqué. Si en plus même en, en notre docteur on peut pas avoir confiance, c'est, je veux dire y a pas de bon ou de mauvais viol,

mais là pour le coup, vous vous faites violer dans un parking vous vous dites : bon ! Mais vous allez voir votre gynécologue quoi. C'est, c'est juste pas possible ça. C'est pas croyable. Pourtant ça existe. » (Marine, 39 ans)

Pour cette dernière, les agressions sexuels seraient principalement le fait d'hommes. Enfin, s'exprimant sur les violences gynécologiques, Lucie considère à la fois « *un problème de formation* » des professionnel·le·s et une difficulté à la remise en question.

« Et ce qui moi m'effraie c'est quand je discute avec des copains à moi dans ma sphère privée, des copains médecins, quand on leur parle des violences gynéco-obstétricales y a une grosse difficulté à se remettre en question. Ils se sentent attaqués « eux » personnellement. Et non pas… la notion de systémie elle est pas, c'est complètement un impensé j'ai l'impression. C'est très corporatiste et euh… et c'est… enfin voilà. Pourtant des gens qui ont mon âge, qui font partie de ma génération, qui entendent tout à fait les revendications euh féministes et autres mais ça… c'est pas facile quoi. » (Lucie, 41 ans)

7.4.2 Discussion

Cette étude visait à analyser les expériences et pratiques liées à l'EG, ainsi que les systèmes de représentations mobilisés pour le penser par des femmes en situation de précarité ou non et ayant recours ou non aux soins gynécologiques. Une enquête par entretiens semi-directifs auprès de huit femmes a été mise en place. L'analyse de contenu thématique a permis de mettre en avant une organisation des discours autour de cinq axes thématiques qui s'imbriquent et s'interconnectent. Trois axes d'analyses ont été développés : le rapport à la logique préventive, les représentations et expériences de l'intime en consultation gynécologique et l'enjeu des professionnel·le·s et de leurs pratiques. L'EG, dont le dépistage du CCU, paraît être investit selon différents horizons (Jodelet, 2015), soit différentes perspectives prises pour le penser, permettant de mettre en avant différentes significations centrales de l'objet. En effet, il apparaît être pris dans une « zone de tension » entre sa dimension préventive et sa dimension intime. Ces deux dimensions s'expriment de façon différentielle au regard des pratiques de recours reportées par les femmes, des expériences vécues et leurs mises en sens, ainsi que par la mobilisation de savoirs sociaux pré-existants dans leur rapport à l'EG, telles que les représentations des parties génitales.

Quelles que soient les pratiques de recours des participantes, toutes font part d'une intégration de la norme préventive en matière de santé des femmes qui se traduit

par le savoir qu'il est nécessaire de faire un contrôle régulier, annuel, des organes féminins. Cet horizon préventif de l'EG met en avant une naturalisation du corps des femmes, sous-tendue par une vision implicitement, voire explicite pour certaines, pathogène du corps féminin et des parties génitales. Autrement dit, le processus de médicalisation, qui s'articule à celui de naturalisation en gynécologie, amènent les femmes dans leurs expériences vécues à concevoir leurs organes, et plus particulièrement l'utérus, comme le siège d'un danger potentiel pour leur propre santé (Vuille et al., 2006). Toutefois, les différentes pratiques de recours rapportées soulignent différents degrés d'intériorisation de la norme préventive sur laquelle s'appuie la gynécologie, entre recourir à l'EG de façon annuelle, voire biannuel, et recourir lorsqu'il y a des symptômes ou un problème.

Un aspect particulièrement saillant pour celles ayant un recours régulier, fréquent à l'EG dans une démarche de prévention est que l'intériorisation de la norme ne semble pas être sans effets négatifs sur les expériences vécues des femmes en gynécologie. En effet, au-delà d'une représentation pathogène du corps féminin, ce sont un ensemble d'affects négatifs que génère la logique préventive. Les expériences de l'EG et du dépistage sont alors associées à de la peur et de l'angoisse face aux potentielles maladies que ces examens peuvent révéler (Koechlin, 2022b). Il est également présent un sentiment de responsabilité quant à sa santé. Au-delà de prévenir des maladies potentielles par une pratique de recours régulier à l'EG, il est question de se prévenir de tout sentiment négatif à l'égard de soi-même. Cela traduit un effet de la biomédicalisation puisque la santé devient un objectif individuel, dont la responsabilité est attribuée aux patientes et non aux professionnel·le·s (Clarke et al., 2000).

Cette dimension préventive de l'EG s'articule à une dimension intime, qui se révèle particulièrement saillante pour celles ayant un moindre recours à l'EG et à la consultation gynécologique. Cette zone de tension entre prévention et intime peut être révélatrice de l'existence de « risques concurrents », c'est-à-dire que ne pas recourir à l'EG permettrait de « protéger un autre aspect de leur personne » (Peretti-Watel & Moatti, 2009, p. 67). En d'autres termes, si pour certaines recourir régulièrement à l'EG s'effectue dans une visée de prévention en matière de santé, pratique sous-tendue par une vision pathogène des organes féminins ; pour d'autres, il s'agit de ne pas

recourir régulièrement à l'EG pour préserver son intimité. Cette dimension intime de l'examen semble résulter de l'objet même de la gynécologie : l'appareil génital des femmes. L'intime dans la relation soignant·e-soignée en gynécologie semble alors conçu au regard des représentations des parties génitales, à savoir : une zone qui est cachée et qu'on ne montre pas, dans ce qu'elles sont le lieu de la sexualité, et parfois également associée à du dégout pour certaines.

Dès lors, l'expérience de l'EG apparaît comme une expérience intime signifiante du fait de la nudité qu'il implique et de l'exposition des parties génitales. Lorsque les femmes s'expriment à ce sujet, l'expérience de l'EG paraît associée à un ensemble d'émotions négatives comme la gêne, la vulnérabilité ou encore la honte, qui semble plus largement lié aux normes sociales vis-à-vis de la nudité et aux représentations de l'intime et des parties génitales s'actualisant dans le contexte médical d'une relation soignant·e-soignée. Ces résultats rejoignent ainsi les études portant sur le dépistage du CCU et l'EG (*e.g.*, Chorley et al., 2017; Cook, 2011; Roussel et al., accepté pour publication). Par cet horizon intime de l'examen, c'est également le genre des professionnel·le·s qui se révèle un critère de choix pour les femmes, mobilisant des représentations associées à la masculinité. En effet, s'il est question d'être plus à l'aise et en confiance avec des femmes, il semble que cela soit avant tout lié à une peur des hommes suivant une vision de ces derniers sous l'angle de la prédation. Consulter des professionnelles femmes peut alors être une façon de contribuer à cette préservation de l'intime en diminuant les possibilités de s'exposer à des violences sexuelles. Le rapport des femmes à l'EG, de soi et des autres, semble alors s'inscrire dans un ensemble de savoirs pré-existants liés aux « *tabous* » et représentations des parties génitales féminines, de la sexualité, de la gynécologie ou des identités de genre. À titre illustratif, nous avons vu que consulter en gynécologique peut entraîner de la stigmatisation sociale, réelle ou imaginaire, pour les jeunes femmes non mariées. En effet, consulter équivaudrait à signifier être sexuellement active, renvoyant ainsi à sexualité féminine pensée sous l'angle de l'hétéronormativité et de la conjugalité. Ces « *tabous* » et représentations sont pour certaines un frein important à considérer, avec l'importance d'être informée et d'avoir plus de connaissances quant à la gynécologie et/ou la sexualité pour que les femmes aient davantage recours à l'EG et la consultation gynécologique.

Pour concilier ces horizons préventif et intime, les professionnel·le·s de la gynécologie et leurs pratiques jouent un rôle crucial dans l'expérience de l'EG pour les femmes. Certaines pratiques professionnelles semblent particulièrement valorisées en ce qu'elles apparaissent centrales dans la qualité de l'expérience : le respect de la nudité et de l'intimité, les explications et informations liées à l'EG et la douceur lors de l'examen. Par ailleurs, la question du consentement émerge uniquement lorsque certaines femmes s'expriment sur les pratiques qui devraient être mises en place pour un EG « idéal ». En cela, est-ce une pratique dont elles ont fait l'expérience ? Si oui, est-ce une pratique qu'elles ont considérée comme signifiante, au regard notamment d'un présupposé d'examen systématique ? Ou encore, quels sens les femmes attribuent-elles au consentement ? À cet égard, les travaux de la sociologue Lucile Quéré (2019) sur la conscience du droit au consentement en consultation gynécologique auprès de patientes montrent que celui-ci est peu mobilisé par les patientes pour donner sens à leurs expériences vécues et porter des jugements sur ses dernières. Par ailleurs, si certaines femmes le mobilisent, il semble que ce soient davantage des femmes plus diplômées avec une certaine proximité avec la cause féministe et dans une visée de distanciation au pouvoir médical plutôt que pour dénoncer des maltraitances des professionnel·le·s (Quéré, 2019).

Cette étude comporte plusieurs limites. Une première limite importante de cette étude est la composition de notre échantillon. En effet, celui-ci apparait assez homogène en termes d'âge ou encore de pratiques de recours à la consultation reportées. Par ailleurs, plusieurs participantes présentaient des antécédents gynécologiques importants (*e.g.*, hystérectomie, CCU). Cela a pu influencer les résultats observées puisque ces participantes faisaient part d'un recours annuel voire biannuel à l'EG et la consultation gynécologique. Cette limite résulte des conditions mêmes de la constitution de l'échantillon puisque la moitié des participantes m'ont été adressées par le relai d'une coordinatrice enfance-famille qui avait « présélectionné » certaines femmes du centre social selon sa perception de ces dernières et de mon objet de recherche. Dans une visée de saturation des données et d'une meilleure appréhension des freins au recours au dépistage du CCU, il serait pertinent de diversifier les profils des femmes interrogées, au regard notamment de la situation de précarité et des pratiques de recours à l'EG. Une autre limite réside selon nous dans

la formulation de la relance dans le guide d'entretien sur le « frottis ». En effet, la formulation choisie pouvait manquer de clarté pour les participantes qui n'associaient pas spécifiquement le frottis au dépistage du CCU. Enfin, le choix a été fait de ne pas faire de relances portant spécifiquement sur les violences gynécologiques ou le consentement dans le guide d'entretien. Dès lors, la compréhension des significations que les participantes attribuent aux violences gynécologique et/ou au consentement dans leur lien avec l'EG s'avère limitée. Il serait pertinent d'explorer de manière plus approfondie ces thématiques auprès femmes pour mieux saisir les enjeux psychosociaux liés à ces questions, notamment dans une visée d'amélioration des pratiques professionnelles.

Chapitre 8. Discussion générale et perspectives

Ce dernier chapitre vise à présenter une synthèse et mise en perspectives des résultats des différentes opérations de recherche de ce travail de thèse. Quelques limites seront ensuite pointées avant de présenter des contributions théoriques et méthodologiques de ce travail. Enfin, des perspectives de recherche et d'application seront exposées.

8.1 Synthèse des résultats et mise en perspective

Parmi les freins au recours au dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU), des mauvaises expériences passées et une perception négative de l'examen gynécologique (EG) sont largement pointées, avec la qualité de la relation avec les praticien·ne·s considérée comme primordiale pour les femmes. De fortes inégalités sociales sont également soulignées, avec les femmes en situation de précarité encore plus vulnérables face au dépistage. De tels éléments ne sont pas sans faire écho aux mobilisations féministes en gynécologie et à l'ampleur des témoignages de violences gynécologiques sur les réseaux sociaux. Ces éléments nous ont amenés à considérer un phénomène de production sociale de l'ignorance lié à l'EG, et plus précisément à la dimension expérientielle de l'EG et les enjeux associés du point de vue des femmes, délimitant ainsi l'autorité épistémique aux praticien·ne·s de la gynécologie. Une revue systématique de la littérature (n = 130 références inclues) sur les perspectives des femmes et des professionnel·le·s sur l'EG, dont le dépistage du CCU a permis de pointer que (1) la majorité des études visait à identifier les freins et facilitateurs au recours au dépistage du CCU, (2) avec un manque de cadre théorique et conceptuel. (3) La perspective des professionnel·le·s est rarement étudiée. (4) Une multitude de facteurs semblent influencer les expériences et perspectives des femmes et des professionnel·le·s quant à l'EG. L'EG dont le dépistage du CCU apparaît comme une situation éminemment sociale dans laquelle s'actualisent des enjeux à la fois émotionnels, relationnels et socio-symboliques (i.e., connotation sexuelle de l'EG, tabou de la sexualité, norme sociale vis-à-vis de la nudité).

L'adoption d'un regard psychosocial par une approche socio-

représentationnelle nous permet de conceptualiser la relation soignant·e-soignée dans le cadre de l'EG comme une relation sociale investie à partir de caractéristiques au-delà de la relation médecin-patient, soit des facteurs socio-symboliques et idéologiques. L'articulation entre psychologie féministe et l'approche des représentations sociales, toutes deux étant des approches critiques de la connaissance scientifique, permet une approche contextuelle et « multi-niveaux » des phénomènes étudiés, et cela, au prisme des rapports sociaux de domination. De façon générale, cette thèse se posait comme objectif de proposer une analyse psychosociale de l'EG pour une meilleure compréhension des logiques sociales et symboliques qui s'actualisent dans cette situation au regard du dépistage du CCU, des inégalités sociales de santé associées, et des violences gynécologiques. Pour cela, nous avons cherché à appréhender différents phénomènes socio-représentationnels liés à l'EG dans leur émergence et déroulement spontané et en fonction du contexte de production, des modalités d'expression, ou encore des différent·e·s acteur·rice·s de la relation médicale. C'est à ce titre qu'une approche pluri-méthodologique inductive et qualitative inspirée de la triangulation a été déployée afin d'éclairer différentes facettes de l'objet de recherche. Cette démarche s'est appuyée sur un recueil *in situ* s'articulant autour de trois opérations de recherche : (1) une analyse à partir de forums et de témoignages sur les réseaux sociaux (chapitre 5), (2) des observations de consultations gynécologiques sur différentes structures médicales à Marseille (chapitre 6) et (3) des entretiens semi-directifs auprès de praticien·ne·s et de femmes, en contexte précarité ou non (chapitre 7). L'enjeu est ici d'effectuer une synthèse des résultats par leur mise en perspective au regard de quatre axes principaux que sont : (1) la logique préventive en gynécologie, (2) l'intime en consultation gynécologique, (3) les pratiques liées à l'EG et (4) *Quid* des violences gynécologiques ?.

8.1.1 La logique préventive en gynécologie

Historiquement, la gynécologie médicale s'est construite et légitimée sur la prévention des grossesses par la contraception et sur le dépistage des cancers gynécologiques. Il s'est depuis déployé ce que Koechlin nomme une « norme gynécologique », se traduisant par l'idée « qu'un suivi spécifique, long et régulier, est nécessaire pour les femmes » (2022, p. 24). À cet égard, l'ensemble de nos résultats montre qu'à travers l'EG, la logique préventive sur laquelle repose la norme

gynécologique s'exprime directement, et cela, par les pratiques effectives (chapitre 6) mais aussi les discours (chapitres 5 et 7), et que ce soit pour les professionnel·le·s de la gynécologie et pour les femmes, qu'elles aient ou non recours régulièrement à l'EG. Cette logique se traduit par l'idée de l'importance d'une surveillance du corps des femmes et de leur appareil génital par la réalisation d'EG réguliers, annuels. Pour autant, les justifications de cette logique semblent avant tout reposer sur une représentation du corps des femmes et de ses organes sous l'angle du pathogène. Cette représentation pathogène du corps des femmes s'exprime principalement de façon implicite, comme par les pratiques effectives observées des professionnel·le·s en consultation ou par l'accent mis sur la responsabilité à se faire examiner régulièrement par les femmes dans les discussions de forums ou dans les entretiens. *In fine*, le suivi gynécologique et la réalisation d'EG réguliers se justifient par le corps même des femmes et son évolution biologique. Ces éléments amènent à considérer l'EG annuel pour des patientes asymptomatiques, non enceintes et à jour sur les dépistages comme relevant d'une pratique signifiante (Abric, 1994b; Jodelet, 1989a), puisque cette pratique semble avant tout reposer sur une représentation naturellement pathogène du corps des femmes. Par ailleurs, elle contribue à perpétuer et renforcer la surveillance et le contrôle social du corps des femmes par la médecine.

Concernant le dépistage du CCU, les résultats de l'ensemble des études montrent que celui-ci est principalement pensé dans un registre médical et de santé publique. Quelle que soit la place prise pour le penser, les pratiques et discours s'accordent pour signifier l'importance de cet examen pour la santé des femmes. Les observations de consultations ont pointé que le dépistage du CCU reposait majoritairement sur du dépistage spontané à l'initiative des professionnelles de la gynécologie (chapitre 6). Par ailleurs, un enjeu spécifique au dépistage du CCU pour les professionnel·le·s de santé renvoie aux explications et à la transmission d'informations aux patientes (*e.g.*, but du dépistage, explications des résultats, *etc.*), enjeu d'autant plus saillant au regard de la barrière de la langue (chapitre 7).

Par ailleurs, la présence d'un gradient social dans les pratiques des patientes et des professionnelles a été constatée, au regard de la logique préventive et du dépistage du CCU en gynécologie (chapitre 6). En d'autres termes, les pratiques des patientes et des professionnelles apparaissent socialement différenciées en fonction

de la position des femmes dans l'espace social. Tout d'abord, cette position se révèle comme condition des soins auxquelles les patientes ont accès, comme le fait d'avoir un suivi avec une même professionnelle ou encore les conditions matérielles de prise en charge. Elle semble également contribuer au type de suivi, puisque consulter dans une visée de prévention en matière de santé semblent être davantage associés à des femmes situées en haut de la hiérarchie sociale. En contexte davantage précaire, le parcours gynécologique semble faire l'objet de pauses et de reprises en fonction des besoins des patientes (i.e., contraception, problème gynécologique). Par ailleurs, ce gradient social est également retrouvé dans le discours des professionnel·le·s lorsqu'ils/elles s'expriment sur leur perception du recours des femmes à la consultation gynécologique et au dépistage du CCU (chapitre 7). Du côté des professionnelles, les pratiques mises en place pour s'assurer et maintenir le suivi gynécologique et la réalisation de dépistage régulier se trouvent tributaires des contextes de consultation, et en cela, des patientes rencontrées (chapitre 6). En effet, en milieu favorisée, il semble s'agir d'éviter un « sur-dépistage » des patientes et d'un recours considéré comme trop fréquent à la consultation gynécologique. Inversement, dans des contextes davantage précaires, il est plutôt question de rattacher les patientes au suivi gynécologique régulier et annuel. À cet égard, nous avons constaté la fonction de socialisation et de consolidation de la norme gynécologique que pouvait revêtir l'expression de jugements quant au statut de patiente en consultation gynécologique.

Par cet horizon préventif de l'EG qui rend saillant une naturalisation du corps des femmes, l'intériorisation de la norme préventive par les femmes en gynécologie ne semble pas sans effets négatifs sur leurs expériences vécues. En effet, si l'EG et le dépistage du CCU permettent de prévenir des maladies, ce sont aussi un ensemble d'affects négatifs que génère la logique préventive (chapitre 7). Les expériences de l'EG et du dépistage sont alors associées à de la peur et de l'angoisse face aux potentielles maladies et cancers que ces examens peuvent révéler. Il est également présent un sentiment de responsabilité quant à sa santé. Au-delà de prévenir des maladies potentielles par une pratique de recours régulier à l'EG, il est question de se prévenir de tout sentiment négatif à l'égard de soi-même. Il s'y traduit un effet de la biomédicalisation puisque la santé devient un objectif individuel, dont la responsabilité est attribuée aux patientes et non aux professionnel·le·s. Ces éléments semblent

particulièrement saillants pour celles ayant un recours régulier, fréquent à l'EG, soit les patientes dont les pratiques sont le reflet d'une inscription et intériorisation de la logique préventive en gynécologie.

8.1.2 L'intime en consultation gynécologique

À la dimension médicale de l'EG, c'est sa dimension intime qui semble saillante pour les femmes et les professionnel·le·s de la gynécologie. Cette dimension intime de l'examen semble résulter de l'objet même de la gynécologie : l'appareil génital des femmes. Pour les professionnel·le·s et les femmes, l'intime se définit alors au regard des représentations des parties génitales des femmes, à savoir : une zone qui est cachée et qu'on ne montre pas, dans ce qu'elles sont le lieu de la sexualité, et parfois également associée à du dégoût pour certaines femmes (chapitre 7).

En cela, nous avons constaté l'existence d'une forme de risques concurrents dans les discours des femmes. Si pour certaines recourir régulièrement à l'EG s'effectue dans une visée de prévention en matière de santé, pratique sous-tendue par une vision pathogène des organes féminins ; pour d'autres, il est question de ne pas recourir régulièrement à l'EG pour préserver son intimité (chapitre 7). En effet, l'expérience de l'EG apparaît comme une expérience intime signifiante du fait de la nudité qu'il implique et de l'exposition des parties génitales (chapitre 5, chapitre 7). Lorsque les femmes s'expriment à ce sujet, que ce soit par les entretiens ou par les témoignages sur PayeTonGynéco, l'expérience de l'EG paraît associée à un ensemble d'émotions négatives comme la gêne, la vulnérabilité ou encore la honte, qui semble plus largement liées aux normes sociales vis-à-vis de la nudité et aux représentations de l'intime et des parties génitales, s'actualisant dans le contexte médical d'une relation soignant·e-soignée. À cet égard, l'analyse issue des forums de Doctissimo a permis de mettre en avant une forme d'injustice épistémique herméneutique puisque les internautes se saisissent de ce cyberespace pour rechercher des informations et des expériences de pairs face à l'appréhension de la première consultation et du premier EG, associées à des émotions négatives au regard d'enjeux liés à la sexualité et à l'intime en consultation médicale. Par ailleurs, le genre des professionnel·le·s peut, pour les femmes, être un critère de choix (chapitres 5 et 7), sous tendu par l'idée d'être plus à l'aise et en confiance avec des femmes, au regard notamment d'une vision des hommes sous l'angle de la prédation. Enfin, l'analyse des entretiens auprès des

femmes a également pointé que le rapport des femmes à l'EG, de soi et des autres, s'inscrit dans un ensemble de savoirs pré-existants lié aux « *tabous* » des parties génitales féminines, de la sexualité et de la gynécologie. Il constitue, pour certaines, un frein important à considérer, avec l'importance d'être davantage formées et informées et d'avoir davantage de connaissances quant à la gynécologie et/ou la sexualité pour que les femmes aient davantage recours à l'EG et la consultation gynécologique (chapitre 7).

Nos résultats montrent également que pour les professionnel·le·s, si l'EG est intime, c'est également car les consultations gynécologiques vont être le lieu de discussions sur les parties génitales (chapitre 7). Pour autant, l'abord de sujets considérés comme relevant de l'intime en consultations gynécologiques ne semble pas émerger dans les discours des femmes. Cette discordance peut questionner sur la façon dont chacun et chacune se représentent le rôle des professionnel·le·s de la gynécologie, la consultation gynécologique, les pratiques, ou encore, la définition de l'intime. À cet égard, certain·e·s professionnel·le·s ont mentionné leur rôle perçu dans l'abord de la sexualité en consultation gynécologique comme offrir un espace de parole ou apporter des informations et des connaissances aux femmes (chapitre 7). Toutefois, les pratiques effectives et les interactions soignante-soignée observées quant à l'abord de la sexualité en consultation ont montré que la sexualité était abordée dans des contextes spécifiques (*e.g.*, contraception, IST, douleur), majoritairement de façon indirecte et se trouve très rarement l'objet de discussion. L'activité et les pratiques sexuelles des patientes semblent être des informations de l'ordre du médical, au même titre que d'autres, permettant d'orienter les pratiques professionnelles. Plutôt qu'une question de plaisir, c'est une vision de la sexualité sous l'angle du médical et du pathologique ainsi qu'une sexualité hétéronormée, pénétrative, conjugale et sous le primat de sa fonction reproductive qui peut être mobilisée par les professionnelles et qui contribue à la prescription des comportements sexuels des patientes (chapitre 6). En cela, les représentations de la sexualité féminine mobilisées en consultation par les professionnelles se révèlent majoritairement symptomatiques des rapports sociaux de genre.

Pour les professionnelles, il est des situations où la dimension intime de l'EG semble culminante : les femmes victimes de violences sexuelles. Les discours des

professionnel·le·s semblent s'accorder sur l'importance de mettre en place des pratiques pour dépister ces violences puisque pouvant influencer le vécu de cet examen pour les femmes (*e.g.*, générer des « *flashbacks* ») et aussi pour la pose de diagnostics (chapitre 7), suivant une vision psychosomatique de certains problèmes gynécologiques (chapitres 6 et 7). Pour autant, le dépistage des violences en consultation gynécologique apparaît comme une pratique plutôt minoritaire et semble dépendre de différents facteurs psychosociaux : les ressources affectives et cognitives des professionnelles, certaines caractéristiques sociales des patientes, ou encore le climat relationnel (chapitre 6). Cette discordance apparente entre importance perçue et pratique effective peut être le reflet d'une extension récente du champ de compétence en gynécologie au regard d'un contexte *post #metoo* ayant permis de visibiliser l'ampleur des violences sexuelles.

Enfin, nos résultats montrent que dans les discours des professionnel·le·s de la gynécologie, s'opère une définition de la vie intime des femmes dont les parties génitales sont le siège (chapitre 7). Cette vie intime paraît s'articuler autour des cycles menstruels, du désir d'enfant, et de façon prépondérante autour de la sexualité, mais aussi des violences (sexuelles) auxquelles les femmes sont confrontées. Par la médicalisation du corps des femmes sous-tendue par le principe de prévention, il semble s'opérer une médicalisation de ce qui est considéré comme relevant de la vie intime des femmes, et contribuant ainsi au processus de naturalisation. Par ailleurs, quelques professionnel·le·s ont mobilisé des facteurs socio-culturels pour expliquer le rapport des femmes à la dimension intime de l'EG, et plus particulièrement les « *autres cultures* », traduisant ainsi une vision culturaliste (chapitre 7).

8.1.3 Les pratiques liées à l'examen gynécologique

L'articulation entre la dimension préventive et la dimension intime de l'EG se manifeste à travers les pratiques liées à l'EG. En effet, si pour les professionnel·le·s l'objectif est une socialisation et internalisation de la norme gynécologique, l'enjeu est alors de rendre acceptable l'examen, en amont, au temps de l'examen, mais aussi pour les examens futurs. En effet, l'EG, dont le dépistage du CCU, s'inscrivant dans une logique préventive et reposant sur la régularité des examens, il est nécessaire que les patientes aient un bon vécu de cet examen, au regard notamment de sa dimension intime. Il s'y traduit alors la connaissance du rôle crucial de leurs comportements et de

leurs pratiques dans l'expérience de cet examen, rôle largement exprimé par les femmes (chapitres 5 et 7). Nous noterons qu'en plus du rôle des professionnel·le·s dans la socialisation et consolidation de la norme gynécologique en consultation gynécologique, d'autres contextes et personnes peuvent être le prolongement du discours médical, comme nous l'avons constaté dans les discussions de forums (chapitre 5).

De façon générale, nos résultats ont montré que le déroulé de la consultation et de l'EG faisait l'objet d'une ritualisation, soit que les pratiques professionnelles suivaient un script, un ensemble de règles qui permettrait la maîtrise de la situation, ainsi que la mise à distance et la neutralisation de la dimension intime de l'examen (chapitre 5, 6, 7). Toutefois, des fluctuations dans les pratiques professionnelles semblent émerger selon de multiples facteurs psychosociaux : les caractéristiques psychosociales des patientes, les valeurs personnelles/professionnelles et institutionnelles, la relation soignante-soignée, ou encore les représentations de la maternité, de la sexualité et de la féminité (chapitres 6 et 7). Par ailleurs, certaines pratiques professionnelles semblent faire l'objet de transformations au regard des évolutions plus globales du modèle relationnel en médecine et en gynécologie, et possiblement à la suite des dénonciations de violences gynécologiques.

Au regard de l'ensemble de nos résultats, quatre pratiques professionnelles liées à l'EG semblent contribuer de façon signifiante à l'expérience de cet examen : la gestion de la nudité, les explications et informations liées à l'EG, la demande de l'accord à l'EG, et la douleur et sa gestion.

8.1.3.1 La gestion de la nudité

Nous avons vu que la question de la nudité et l'exposition des parties génitales confère pour les femmes une dimension intime à l'EG, dont l'expérience peut être associée à un ensemble d'affects négatifs. À cet égard, précédant la réalisation de l'examen, le déshabillage représente un moment critique du déroulé de la consultation gynécologique. Pour les femmes, le respect de la nudité et de l'intimité lors du déshabillage constitue une pratique professionnelle valorisée (chapitre 7). Cet aspect critique du moment du déshabillage se reflète également dans les discours des professionnelles, puisque c'est notamment face à cet enjeu que les professionnel·le·s relatent leur expérience vécue en tant que patiente. À cet égard, l'expérience de l'EG

dans sa dimension intime en tant que patiente constitue pour certaines professionnelles un savoir expérientiel pertinent pour élaborer et penser leurs pratiques professionnelles liées à la gestion de la nudité en consultation gynécologique.

Concernant les professionnel·le·s de la gynécologie, les pratiques effectives (chapitre 6) et les discours sur les pratiques (chapitre 7) s'accordent sur l'importance et la nécessité de la mise en place de pratiques pour la gestion de cet intime en consultation gynécologique (*e.g.*, déshabillage en « deux temps », séparation des espaces, *etc.*). La gestion de la nudité, culminante au temps du déshabillage et rhabillage, revêt alors un aspect ritualisé et vise la mise à distance et la neutralisation de la dimension sexuelle et intime. Toutefois, quelques ruptures de cette ritualisation ont pu être constatées, relevant le caractère souvent implicite de cet ensemble de règles, supposément compris et connu par les patientes (chapitre 6). La gestion de la nudité et du déshabillage semble également avoir fait l'objet d'une évolution au cours des dernières décennies. Cette évolution de pratique se traduit notamment par l'arrêt de la demande/indication de déshabillage intégral des patientes afin d'éviter qu'elles se retrouvent entièrement nues sur la chaise gynécologique (chapitres 6 et 7).

8.1.3.2 Les explications et informations liées à l'EG

Pour les femmes, la question des explications et des informations liées à l'EG, soit le fait d'expliquer le déroulement de l'examen avant et pendant l'EG, semble être une pratique professionnelle centrale dans la qualité de l'expérience de l'EG (chapitre 7). Pour les professionnel·le·s, les pratiques et les discours sur les pratiques s'accordent également sur l'importance d'expliquer et d'informer les patientes sur le procédé de l'examen (chapitres 6 et 7).

Indiquer aux patientes les examens réalisés et leur déroulé peut tout d'abord revêtir une fonction cognitive permettant aux patientes de savoir ce qui est fait sur leur corps et comment. Cette fonction permettrait de procurer un sentiment de maîtrise de la situation pour les patientes dans l'instant de la consultation (chapitre 6). Cette fonction cognitive s'articule à une fonction symbolique visant à neutraliser la possible connotation sexuelle de l'EG. Cette dernière revêt également un intérêt pour les professionnelles, puisque cela peut donner l'impression de performer un acte sexuel sur les patientes (chapitre 6). Par ailleurs, pour certaines femmes, avoir davantage de

connaissances permettrait d'amoindrir l'asymétrie de la relation médicale, notamment en ce qu'une meilleure connaissance de l'examen et de son déroulé permettrait d'évaluer les pratiques professionnelles (chapitre 7).

Enjeu central pour les patientes et pour les professionnel·le·s, les explications et informations liées à l'EG et leurs fonctions posent la problématique de la barrière de la langue en consultation, qui concerne majoritairement les femmes en parcours migratoire et en bas de la hiérarchie sociale, puisque ces pratiques sont condition de la qualité des soins et de l'expérience de l'EG.

8.1.3.3 Tension(s) autour du consentement

Au cœur des revendications féministes quant aux violences médicales et gynécologiques réside le droit au consentement libre et éclairé pour toute pratique médicale, droit qui s'inscrit dans les textes législatifs encadrant ces pratiques (Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002. À cet égard, la question du consentement, et surtout son absence, apparaît particulièrement saillante dans le contexte de PayeTonGynéco. En effet, faisant suite aux témoignages de mauvaises expériences liées à l'EG, nos résultats montrent que l'espace des commentaires sur Facebook fournit un cadre interprétatif aux expériences partagées puisque c'est dans ces espaces que les examens réalisés sans consentement sont qualifiés de violences médicales et/ou sexuelles (chapitre 5). Par ailleurs, l'analyse des entretiens a montré que la question du consentement émerge uniquement lorsque certaines femmes s'expriment sur les pratiques qui devraient être mises en place, dans « l'idéal ». En cela, est-ce une pratique dont elles ont fait l'expérience ? Si oui, est-ce une pratique qu'elles ont considérée comme signifiante, importante, au regard notamment d'un présupposé examen systématique ? Ou encore, quels sens les femmes attribuent-elles au consentement ?

Du côté des professionnel·le·s de la gynécologie, une discordance semble émerger entre les pratiques effectives (chapitre 6) et les représentations des pratiques (chapitre 7). En effet, le consentement à l'EG apparaît comme consensuel dans les discours des professionnel·le·s, puisqu'il est une des conditions pour un EG bien vécu (chapitre 7). Pour autant, la demande de consentement explicite à l'EG semble être une pratique minoritaire, qui peut dépendre des valeurs des professionnel·le·s et de l'importance accordée à la réflexivité sur leurs pratiques (chapitre 6). Plus encore, les

formes de consentement observées dans l'interaction entre patiente et praticienne en consultation gynécologique (chapitre 6) et aussi la façon dont les professionnel·le·s s'expriment à ce sujet (i.e., « ne pas forcer », « demander l'accord », « donner l'illusion du choix ») (chapitre 7) ont révélé que la compréhension de cette pratique ne peut se limiter au seul constat d'une demande explicite de l'accord des patientes à l'EG. En effet, des modulations de la demande explicite du consentement au regard du degré de directivité employé ont été observées et semblent dépendre de différents facteurs : la motivation médicale à réaliser l'EG, le présupposé que la patiente s'attend à un examen, ou encore l'état émotionnel des patientes. Par ailleurs, le consentement parait faire l'objet de négociations dans la relation inter-individuelle au travers par exemple des indications quant à l'importance des examens, appuyant par la sorte sur la responsabilité des femmes vis-à-vis de leur santé. Enfin, de façon majoritaire, une présomption du consentement à l'EG a été observée en consultation (chapitre 6). À cet égard, demander l'accord aux patientes pour être examinées, c'est s'exposer à la possibilité du refus d'examen. Quelques professionnel·le·s expriment alors s'attendre à des patientes « *obéissantes* », avec le refus d'examen pouvant générer des affects négatifs (*e.g.*, colère, frustration). Ainsi, cette discordance entre consensus sur l'importance de demander l'accord et une mise en pratique minoritaire peut être le reflet d'une transformation des pratiques et du modèle relationnel en gynécologie. L'aspect consensuel dans les discours peut en illustrer son caractère normatif, qui pour autant, semble peiner à se diffuser dans les pratiques professionnelles.

8.1.3.4 Douceur, douleur et sa gestion

À la dimension intime de l'EG, l'expérience de l'EG peut être une expérience physiquement désagréable, voire douloureuse, pour les femmes. La douceur, et inversement la brutalité, des professionnel·le·s lors de l'EG contribuent à la qualité de l'expérience (chapitre 7). Elle peut également constituer un aspect important dans les témoignages de violences gynécologiques (chapitre 5).

Du côté des professionnel·le·s, si la douceur à l'EG est considérée comme importante pour le bon vécu de l'examen pour les patientes, ils/elles relatent également des situations où la douleur est inévitable (*e.g.*, pose de DIU) (chapitre 7). Par ailleurs il est des situations où la douleur perçue relève d'une situation d'incertitude pour les professionnel·le·s : les patientes l'expriment-elles ? Comment jauger la

douleur ? Faut-il poursuivre ou non l'examen ? Face à cette incertitude, certaines professionnelles expriment et mettent en place des pratiques visant à s'assurer que les patientes expriment leur vécu durant l'examen.

Face aux examens douloureux, les praticien·ne·s font part dans leurs discours et leurs pratiques de tout un travail d'accompagnement des patientes pour réussir à réaliser l'examen (chapitres 6 et 7). Il est toutefois des situations dans lesquelles les praticiennes n'ont aucune réaction observable face à l'expression de douleur des patientes et poursuivent l'examen. Cette absence de réaction peut relever de l'inconfort, mais aussi de l'indifférence (chapitre 6). Par ailleurs, une discordance entre pratiques effectives et discours sur les pratiques semble émerger. En effet, une majorité de professionnel·le·s exprime arrêter l'examen face à l'expression de douleur des patientes (chapitre 7). Pour autant, si différentes stratégies semblent être mises en place pour signifier que la douleur des patientes est considérée et/ou prise en compte, il n'a jamais été observé d'arrêt de l'examen en consultation gynécologique (chapitre 6). En cela, si la douleur est prévenue et considérée, elle semble aussi banalisée, contribuant alors à une normalisation de la douleur liée à l'EG. Si la douleur semble normalisée, générer de la douleur se révèle, pour certaines professionnel·le·s, être une situation d'inconfort (chapitres 6 et 7).

Nous avons par exemple constaté que la prise en compte de la douleur et sa gestion semblent dépendre du type d'actes réalisés sur les patientes, avec la pose de DIU faisant l'objet d'une attention particulière au regard de la douleur qu'elle paraît générer. Pour d'autres, comme le dépistage du CCU, la rapidité du geste couplée à l'importance accordée au dépistage et à la prévention semblent prévaloir. Si la douleur est *a priori* une condition de l'expérience corporelle féminine, sa gestion et sa prise en compte par les professionnelles peuvent en revanche faire l'objet de modulations puisque le degré de minimisation de la douleur des patientes semble varier en fonction des caractéristiques sociales de celles-ci (chapitre 6).

8.1.4 *Quid* des violences gynécologiques ?

L'ensemble des résultats de ce travail de thèse converge vers un point : les femmes ont des mauvaises expériences liées à l'EG, et plus largement en gynécologie-obstétrique. En effet, ces mauvaises expériences de l'EG se retrouvent dans les témoignages issus de PayeTonGynéco (chapitre 5), émergent dans les

discours des patientes dans l'interaction inter-individuelle avec les praticiennes en consultation (chapitre 6), sont relevées comme un des freins principaux au recours à l'EG et au dépistage du CCU pour les professionnel·le·s et sont narrées et reportées par les femmes en entretien (chapitre 7). Pour autant ce qui est considéré comme de mauvaises expériences, de mauvaises pratiques et/ou des violences gynécologiques paraît faire l'objet de diverses prises de position et significations associées au regard des places occupées dans la relation soignant·e-soignée et du contexte de production des données.

Concernant la page Facebook et le Tumblr PayeTonGynéco, nos résultats ont permis de pointer que ces lieux peuvent être le reflet d'injustice épistémique testimoniale, soit un déni de crédibilité et de considération épistémique des expériences et savoirs liés à l'EG élaborés par les femmes. Cette stratégie du témoignage permettrait alors de légitimer le statut épistémique des femmes et peut en cela remplir une fonction de protection et de légitimation (chapitre 5). Les espaces fournis par les commentaires sur la page Facebook vont fournir un cadre interprétatif aux expériences partagées puisque c'est dans ces espaces que les expériences relatées dans les témoignages seront qualifiées de violences médicales et/ou sexuelles. Comme mentionné précédemment, la question du consentement, et surtout son absence, apparaît particulièrement saillante dans la définition des violences dans ce contexte, voire exclusivement dans ce contexte. Dans les situations de consultations gynécologiques (chapitre 6) et d'entretien auprès des femmes (chapitre 7), les patientes relatent également de mauvaises expériences passées vécues et d'expériences de pairs qui renvoient à des expériences de douleurs, parfois inévitables, mais parfois liés aux comportements brusques des praticien·ne·s, des questions de communications et de relation avec les praticien·ne·s (*e.g.*, manque d'explications, jugements), la non prise en compte de l'accord de la patiente, ou encore des violences sexuelles. Quel que soit le contexte de production des données, ces expériences vécues ne sont pas sans conséquence pour les femmes (*e.g.*, « *traumatisme* », « *peur* » des médecins, évitement).

Qu'en est-il de ce qui est considéré comme violence du point de vue des professionnel·le·s ? L'analyse des entretiens a permis de montrer que les violences gynécologiques sont principalement définies en termes d'intentionnalité des (autres)

professionnel·le·s à nuire aux patientes et semblent relever de situations extrêmes. En cela, bien que les « mauvaises expériences » soient entendues et reconnues par les professionnel·le·s, la légitimité et l'autorité épistémiques sont attribuées aux professionnel·le·s de la gynécologie, puisque la définition des violences dépend du vécu des professionnel·le·s concerné·e·s plutôt que de celui des patientes (chapitre 7). Par ailleurs, penser la distinction entre « mauvaises pratiques/expériences » et « violences gynécologiques » sous l'angle de l'intentionnalité amènent les professionnel·le·s à justifier différemment les comportements et pratiques mises en place, puisque des facteurs situationnels sont mobilisés pour justifier les « mauvaises pratiques » *versus* des facteurs dispositionnels (*e.g.*, des « *pervers* ») pour les cas de violences gynécologiques. Cette conception des violences gynécologiques sous l'angle de l'intentionnalité et en références aux situations les plus extrêmes (*e.g.*, viol, agression) favoriserait une lecture individuelle des violences gynécologiques plutôt que de les considérer comme de l'ordre du systémique (i.e., patriarcat) et de l'institutionnel. La dénonciation des violences gynécologiques peut se révéler une menace pour l'identité professionnelle, puisque venant mettre à mal une vision de médecine, pour les femmes de proximité et d'écoute. Reléguer les violences gynécologiques à une dimension individuelle et intentionnelle peut alors avoir pour fonction la sauvegarde de l'identité professionnelle, mais aussi contribue par la sorte au maintien des systèmes de domination et d'oppression en gynécologie.

8.2 Limites

Ce travail de recherche comporte plusieurs limites. Celles propres à chaque contribution ont été exposées à la suite des études correspondantes. Pour l'heure, une limite principale liée à la démarche globale de la recherche sera présentée ici. Celle-ci réside, selon nous, au contexte dans lequel nous avons circonscrit l'EG, à savoir principalement dans le cadre de suivi en gynécologie médicale. En effet, il est d'autres contextes où cet examen peut être réalisé, comme lors d'accouchements ou en urgence gynécologique. Dès lors, il est possible que des EG réalisés dans d'autres contextes peuvent constituer des expériences signifiantes pour les femmes et contribuer aux freins au recours au dépistage. Toutefois, nos résultats ont pu pointer que, lorsqu'il est question de suivi obstétrical ou d'urgence gynécologique, les discours

des professionnel·le·s sur leur vision des patientes, ainsi que le discours de certaines femmes (chapitre 7) se rejoignent pour évoquer que les patientes pouvaient être dans « *un autre état d'esprit* ». Dans ces situations, il semble que la priorité soit davantage portée à la grossesse et à la santé du nourrisson à venir ou bien à l'urgence médicale, plutôt qu'à la dimension intime de l'examen. Il en reste qu'il serait intéressant de développer des recherches pour une meilleure compréhension des pratiques et expériences liées à l'EG dans ces contextes singuliers tant du point de vue des patientes que des professionnel·le·s.

8.3 Contributions du travail de thèse

Par une approche socio-représentationnelle et inductive dans l'étude des représentations, pratiques et expériences liées à l'EG, ce travail de thèse a permis d'alimenter un certain nombre de réflexions sur le plan des connaissances développées dans le champ de la gynécologie, mais également à des niveaux théoriques et méthodologiques. Cette section vise alors à exposer certaines contributions de cette thèse.

8.3.1 Développer une approche psychosociale pour penser les problématiques de santé publique

L'une des principales contributions de ce travail de thèse réside, selon nous, dans le développement d'une conceptualisation psychosociale de l'EG pour penser l'enjeu de santé publique que représente le CCU et son dépistage. En effet, notre revue systématique de la littérature a mis en avant que le dépistage du CCU était majoritairement étudié sous l'angle du paradigme épidémiologique des comportements de santé. Cette approche s'est traduite principalement par une identification des freins et facilitateurs au recours au dépistage et majoritairement athéorique (chapitre 2). Au regard de l'enjeu de santé publique qu'est le dépistage du CCU et les inégalités sociales de santé associées, le développement d'une approche psychosociale nous a permis d'opérer un déplacement des problématiques de santé publique par leur reformulation dans une approche contextuelle et compréhensive des phénomènes. En effet, le constat était que la dimension expérientielle de l'EG et les enjeux associés, du point de vue des femmes, semblent être des freins manifestes au recours au dépistage, tout en étant l'objet d'une forme d'ignorance sélective par les

acteurs et actrices du dépistage en France.

Par l'approche socio-représentationnelle, nos résultats ont permis de mettre en avant l'existence de différents horizons pris pour penser l'EG. Lorsqu'il est question du dépistage du CCU, l'ensemble de nos résultats converge pour montrer que celui-ci est principalement pensé dans sa dimension médicale et de santé publique, que ce soit dans les discours des professionnel·le·s et des femmes (chapitre 5, chapitre 7), mais aussi vis-à-vis des pratiques effectives (*e.g.*, informer des recommandations) (chapitre 6). Tout le monde s'accorde alors sur un point : c'est un examen important pour la santé des femmes. Pour autant, nos analyses ont montré que si l'on questionne l'EG plus largement dans lequel s'inscrit le dépistage du CCU, un horizon intime émerge pour les professionnel·le·s et les femmes. Plus encore, nous avons pu mettre en avant l'existence de risques concurrents dans le rapport des femmes à l'EG et au dépistage, soit une tension entre une dimension préventive et une dimension intime de l'EG, sous-tendues par des savoirs sociaux pré-existants comme les représentations des parties génitales.

Si le dépistage du CCU est un examen important qui consiste en un prélèvement de cellules au niveau du col de l'utérus, il s'inscrit plus largement dans le cadre d'EG, réalisé au sein d'une interaction interpersonnelle et sociale, et par laquelle s'actualisent des enjeux socio-symboliques (*e.g.*, gestion de la nudité et de l'exposition des parties génitales). Comprendre les freins au recours au dépistage du CCU ne peut se satisfaire d'une seule approche épidémiologique des comportements de santé et d'une conception de l'humain sous l'angle du rationnel. Ainsi, l'approche socio-représentationnelle de l'EG et du dépistage du CCU s'est révélée particulièrement féconde pour considérer les enjeux socio-symboliques et idéologiques qui traversent cette situation, et ainsi, penser différemment l'enjeu de santé publique qu'est le CCU et son dépistage.

8.3.2 La prise en compte du point de vue des professionnel·le·s

Un des apports de cette thèse se situe dans l'étude du point de vue des professionnel·le·s de la gynécologie dans leur rapport à l'EG et au dépistage du CCU. En effet, l'EG prend place au sein de la relation soignant·e-soignée, une relation de pouvoir asymétrique traversée par des rapports sociaux de domination. Ce point est

d'autant plus important à souligner puisque la revue systématique de la littérature a permis de rendre compte du peu d'investigation de la perspective des professionnel·le·s de la gynécologie vis-à-vis de l'EG (chapitre 2), alors même que leur rôle est déterminant dans l'expérience de cet examen pour les femmes. Par une approche psychosociale et féministe il a été question de partir des expériences et perspectives des femmes quant à l'EG, orientant ainsi les questionnements de recherche en lien avec le recours au dépistage du CCU sur les dimensions expérientielles, relationnelles et socio-symboliques de l'EG. L'approche psychosociale et relationnelle mobilisée nous a alors permis de mettre en avant des points de convergence et de discordance entre les perspectives des femmes et des professionnel·le·s dans la façon dont chacun et chacune se représente la situation d'EG, leur rôle respectif, *etc.* À titre illustratif, si l'EG apparaît comme relevant de l'intime pour toutes et tous, la définition de cet intime diffère selon la place prise pour le penser. En effet, pour les professionnel·le·s l'intime en consultation gynécologique réside également dans l'émergence de discours sur les parties génitales (*e.g.*, sexualité, désir d'enfants, *etc.*). Il en résulte pour certain·e·s un rôle perçu dans l'abord de la sexualité en consultation gynécologique, comme offrir un espace de parole ou apporter des informations et des connaissances aux femmes (chapitre 7). En cela, le croisement des perspectives des professionnel·le·s et des femmes a permis de révéler des « zones de tensions » selon les significations respectivement associées à l'examen, significations faisant l'objet de modulations en fonction des positions sociales occupées par les un·e·s et les autres au sein d'un espace social donné (Kalampalikis & Apostolidis, 2016).

8.3.3 Une approche « multi-niveaux » pour la compréhension des enjeux associés à l'examen gynécologique

Une contribution de ce travail de thèse réside, selon nous, dans le développement d'une approche « multi-niveaux » de l'EG. En d'autres termes, pour comprendre l'EG et les enjeux associés, il nous faut replacer l'EG dans le contexte de la relation soignant·e-soignée dans lequel il s'inscrit (i.e., micro-contexte), mais aussi au regard du contexte social (i.e., macro-contexte), soit appréhender comment la relation soignant·e-soignée dans le cadre de l'EG est plus largement investie par des facteurs socio-symboliques et idéologiques liés aux rapports sociaux de domination et

au pouvoir médical. À cet égard, l'ensemble de nos résultats attestent de la façon dont l'EG est pensé à partir de savoirs sociaux pré-existants. En effet, il n'est pas seulement question d'une pratique médicale, mais le rapport à l'EG s'appuie plus largement sur des systèmes de représentations pré-existants et symptomatiques des rapports sociaux de domination liés au genre et au pouvoir médical (*e.g.*, la sexualité des femmes, l'intimité en situation médicale, la féminité et la masculinité, les relations soignant·e-soignée), dont le contenu peut dépendre du contexte de production des discours ainsi que de la place prise pour le penser. À cet égard, nous avons constaté que la santé féminine, dont les parties génitales sont le siège, était principalement pensée sous l'angle d'une vision naturellement pathogène du corps des femmes. Historiquement, une telle représentation a servi à assoir une domination des femmes, puisque l'argument d'une infériorité biologique de femmes justifiait leur infériorité sociale. Par ailleurs, nos résultats ont montré comment cette représentation naturellement pathogène du corps des femmes se trouve constitutive des pratiques professionnelles, des pratiques de recours à l'EG des femmes, ainsi que de l'expérience vécue de cet examen.

En cela, l'étude des représentations et pratiques liées à l'EG et, plus largement, s'intéresser à la gynécologie comme domaine d'étude en psychologie sociale ont constitué une voie féconde pour l'étude des pratiques et représentations qui sous-tendent les rapports sociaux de domination, notamment ceux liés au genre. À travers le rapport des femmes et des professionnel·le·s à l'EG s'exprime plus largement leur rapport à un fonctionnement social plus large.

8.3.4 Une démarche pluri-méthodologique pour appréhender des objets sensibles et tensionnels

Sur le plan théorico-méthodologique, les travaux entrepris dans ce travail de thèse ont permis d'illustrer la pertinence d'une approche pluri-méthodologique inductive inspirée de la triangulation dans l'étude d'objets sociaux sensibles et tensionnels. En effet, chaque opération de recherche s'est révélée être un moyen pertinent pour mettre en avant différentes facettes de l'objet de recherche. Ce sont par exemple des tensions entre des pratiques effectives et des discours sur ses pratiques qui ont pu être relevées par la mise en perspective d'observations directes de consultations gynécologiques et des entretiens semi-directifs auprès de

professionnel·le·s.

Nos résultats attestent également de l'intérêt du recours à l'observation *in situ* dans l'étude des phénomènes socio-représentationnels et de son articulation avec d'autres techniques de recueil de données comme les entretiens, au regard de pratiques qui peuvent être trop ou peu verbalisées. C'est notamment ce qui s'est révélé vis-à-vis de la pratique du consentement ou du dépistage des violences. Si elles paraissent consensuelles dans les discours (chapitre 7), elles sont pour autant peu observées dans les pratiques effectives (chapitre 6). Nous avons également pu mettre en avant comment la pratique de l'EG annuel pour des patientes asymptomatiques, non enceintes et à jour sur les dépistages pouvait relever d'une pratique signifiante, puisqu'elle semble avant tout reposer sur l'implicite d'une représentation naturellement pathogène du corps des femmes.

8.3.5 Sur l'utilisation des médias digitaux

Enfin, un des apports de ce travail de thèse réside selon nous dans l'utilisation des médias digitaux. En effet, à la lumière de nos résultats (chapitre 5), les médias digitaux paraissent des lieux propices pour l'étude de la pensée sociale et des expériences liées à des objets sensibles dans une démarche inductive et qualitative de recherche. En tant qu'espace de socialisation alternatifs et complémentaires, ces « cyber-espaces » fournissent l'accès à une richesse et abondance de données publiques, qui plus est, naturelles, puisque les communications et interactions prennent place sans l'intervention du/de la chercheur·se. Dans une visée compréhensive et phénoménologique, cette naturalité des données se révèle d'intérêt puisqu'elle permet d'éliminer l'influence du/de la chercheur·se sur la production des données, en comparaison à d'autres méthodes de recueil *(e.g.*, entretiens semi-directifs) (Seale et al., 2010). En effet, les personnes sont moins dans la performance ou dans une présentation de soi stratégique (Goffman, 1973) face à un·e chercheur·se comme dans l'observation ou l'entretien (Seale et al., 2010). Bien que les personnes restent en situation d'interaction sociale au sein d'un groupe donné et peuvent, en cela, s'inscrire dans une présentation de soi stratégique à l'égard du groupe considéré, La priorité est ainsi donnée aux termes employés par les personnes, la façon dont elles conceptualisent l'objet et à leur cadre de compréhension du monde, au travers de leurs

communications et interactions dans ces espaces. En cela, l'utilisation des données issues des médias digitaux peut être une première étape pertinente dans un programme de recherche.

Bien que l'influence du/de la chercheur·se sur la production des données soit ici éliminée, il reste tout de même celui ou celle qui définit l'objet, sa problématisation et opère des choix méthodologiques. L'immensité d'Internet et l'abondance des données invitent alors à faire preuve d'une importante rigueur dans les choix opérés et leur justification, tout en offrant aux chercheur·se·s s'en saisissant l'opportunité de faire preuve de créativité (Holtz et al., 2012). Par ailleurs, les caractéristiques spécifiques de ces médias et leur influence sur la communication (*e.g.*, anonymat) pourraient dans une certaine mesure permettre aux personnes de s'en saisir pour s'exprimer sur des objets sensibles, tabous, qui ne seraient pas forcément exprimer dans d'autres espaces. Enfin, ces cyberespaces peuvent être particulièrement utiles dans une perspective critique en psychologie puisqu'ils fournissent une abondance de discours dans lesquels des enjeux de pouvoirs, d'identités, de discriminations, peuvent être examinés (Jowett, 2015). Ces lieux peuvent être considérés comme des espaces où les discours dominants et les relations de pouvoir sont (re)produits, et notamment le discours médical et les relations médicales, nécessitant alors de l'examiner dans une perspective critique en psychologie, au risque de romancer le potentiel d'*empowerement* d'internet (Pitts, 2004).

Plus largement, il faut également considérer que les médias digitaux peuvent être le lieu de reproduction des inégalités sociales de santé au regard de l'accès aux outils informatiques ou encore aux langages (Eysenbach & Wyatt, 2002). Par ailleurs, comme nous l'avons constaté, les plateformes ne sont pas des lieux neutres et à envisager dans un vide social. C'est pourquoi l'intérêt de l'approche des représentations sociales s'actualise ici car elle permet d'appréhender le contexte de production en lien avec contexte socio-culturel plus large. Enfin, certain·e·s soulignent le caractère pratique d'utiliser les médias digitaux puisque les données sont facilement accessibles et peuvent être rapidement recueillies, notamment grâce à des outils informatisées. Dans l'étude présentée (chapitre 5), le recueil des données, la correction morpho-syntaxique réalisée du fait du traitement statistique et l'anonymisation se sont avérés chronophages.

8.4 Perspectives

Les différentes contributions ici présentées suscitent plusieurs pistes de développement sur lesquelles nous proposons d'ouvrir ce travail de thèse. Ces développements s'inscrivent aussi bien dans une démarche de recherche que dans une perspective plus appliquée.

8.4.1 Perspectives de recherche

Ce travail de thèse offre de multiples perspectives de recherches. Tout d'abord, l'ensemble des données recueillies nous invitent à poursuivre leur analyse. Premièrement, du fait de leur forte coloration socio-affective, il serait intéressant de soumettre des entretiens menés auprès des professionnel·le·s de la gynécologie et des femmes participantes à une analyse interprétative phénoménologique (Antoine & Smith, 2017). En effet, ce type d'analyse qualitative du contenu des discours se trouve particulièrement pertinente pour la compréhension des expériences vécues et du sens attribué par les personnes à ces expériences. Ce type d'analyse a d'ailleurs pu montrer son intérêt dans l'analyse de pratiques décisionnelles en oncologie, permettant de mettre en avant la mobilisation de logiques à la fois médicales et socio-affectives dans les difficultés décisionnelles par des médecins (Restivo et al., 2018). À cet égard, les horizons identifiés du point de vue des professionnel·le·s invitent à poursuivre l'exploration du rapport entre ces différents registres de savoirs. Autrement dit, au regard de l'hypothèse de la polyphasie cognitive (Moscovici, 1961), il serait intéressant d'approfondir l'analyse dynamique de la coexistence de ces différents registres de savoirs de façon contextuelle, et notamment dans des situations critiques telles que lorsque les patientes expriment de la douleur lors de l'EG.

Par ailleurs, la synthèse précédemment présentée a permis de mettre en avant différentes facettes de l'objet de recherche en fonction du contexte de production, des modalités d'expression, ou encore des différent·e·s acteur·rice·s de la relation médicale. Toutefois, il serait pertinent d'effectuer une triangulation des données plus systématisée comme par exemple à travers la création d'indicateurs spécifiques *ad hoc* (*e.g.*, Restivo & Apostolidis, 2019).

À partir des résultats présentés, certains questionnements demeurent et mériteraient d'être davantage approfondis. Ce sont notamment certains enjeux

saillants de l'EG et de la consultation gynécologique telle que la douleur et sa gestion. En effet, si la douleur semble être banalisée et normalisée en gynécologie, nous avons tout de même relevé l'influence du contexte de consultation et des caractéristiques psychosociales des patientes dans la prise en compte et la gestion de la douleur par les professionnel·le·s. À cet égard, nous pourrions poursuivre ce parcours de pluri-méthodologie par la mise en place d'une étude quasi-expérimentale en utilisant des *scenarii* expérimentaux (Apostolidis, 2006) pour opérationnaliser les différents facteurs identifiés (*e.g.*, caractéristiques psychosociales des patientes, motif de l'EG) et leur influence sur les représentations de la douleur et la gestion de celle-ci. Par ailleurs, nos résultats ont pu mettre en avant l'enjeu complexe que représente le consentement en consultation gynécologique. Pratiques nécessaires mais insuffisantes pour garantir des soins non maltraitants, la discordance entre pratiques effectives et discours sur les pratiques du point de vue des professionnel·le·s questionnent sur une potentielle résistance à une évolution des pratiques et relations en gynécologie.

Enfin, si les travaux de cette thèse ont porté sur différents modes d'actualisation des phénomènes représentationnels liés à l'EG (i.e., pratiques, discours sur les pratiques), il existe d'autres modes d'actualisation qui seraient pertinents à explorer comme les productions télévisuelles de la culture populaire, du fait de leur rôle dans l'élaboration et la diffusion de la pensée sociale. En effet, au cours de mon doctorat j'ai pu par exemple visionner des séries ou films dans lesquelles s'opérait une sexualisation de la relation entre patiente et gynécologue homme du fait de l'EG. Je pense par exemple à cette scène dans la *sitcom* « *Friends* », dans laquelle un homme relate soupçonner que son épouse le trompe avec son gynécologue. Son interlocuteur lui demande alors comment il sait cela. Le premier répond, je cite : « Eh bien, tu sais, il y a accès ! »[101].

8.4.2 Perspectives appliquées

Plusieurs perspectives appliquées peuvent être soulignées. Tout d'abord, le manque de ressources interprétatives collectives de l'expérience de l'EG pointé dans les discussions de Doctissimo vient souligner la nécessité de proposer et diffuser des

[101] Ma traduction : *« well, you know, he's got access ! »*
https://www.youtube.com/watch?v=JELh4SdsWV8

informations liées à la consultation gynécologique et à l'EG répondant aux questionnements et attentes des femmes. Ces informations seraient à élaborer avec les femmes, permettant d'une part de reconnaître leur statut épistémique, et d'autre part, de proposer des campagnes de prévention concernant les soins gynécologiques davantage adaptées. En effet, à la lumière de nos résultats, il apparaît que l'enjeu n'est pas tant de savoir qu'il est important de se faire dépister régulièrement, mais plutôt de considérer l'horizon intime de l'EG.

Une telle implication ne peut se départir d'une volonté de sensibiliser les professionnel·le·s de la gynécologie aux expériences vécues des femmes et à l'écoute de leurs expériences et savoirs. En effet, les professionnel·le·s de la gynécologie et leurs pratiques jouent un rôle crucial dans l'expérience de l'EG pour les femmes afin de concilier ces horizons préventif et intime. Des formations à l'égard des praticien·ne·s pourraient être proposées afin d'améliorer les pratiques professionnelles encadrant l'EG, et ainsi, l'expérience des femmes. Concrètement ces programmes viseraient à promouvoir un travail de réflexivité sur les représentations que les professionnel·le·s ont de leur public, de la situation et de leur rôle et mission (Montali et al., 2011; Restivo et al., 2018). L'approche socio-représentationnelle pourrait être utilisée pour implémenter un climat empathique favorisant la spontanéité des échanges et l'émergence de savoirs sociaux implicites. Ainsi, de tels programmes invitent les professionnels à questionner leurs représentations à travers une explicitation de leurs pratiques et des logiques qui les sous-tendent, en se concentrant sur leurs propres expériences subjectives de la situation et sur les savoirs socio-symboliques implicites qui peuvent être mobilisées dans les situations médicales et potentiellement influencer leurs pratiques.

À ces précédentes perspectives, s'ajoute, à un niveau macro-social, la nécessité d'engager une réflexion et des changements systémiques profonds, que ce soit sur les conditions de fonctionnement du système de santé, que sur les rapports sociaux de domination et la façon dont ces rapports traversent les soins. À titre illustratif, nous avons vu qu'une pratique professionnelle largement valorisée pour les femmes concerne les explications et informations sur l'EG et son déroulé. Cette pratique se trouve également une pratique considérée comme importante par les professionnel·le·s, tant dans sa fonction cognitive que dans sa fonction symbolique de

neutralisation de l'intime. La barrière de la langue en consultation gynécologique se trouve alors particulièrement une condition de la qualité des soins auxquelles les femmes ont accès, soulignant la nécessité de davantage de moyens financiers et humains supplémentaire (*e.g.*, recrutements d'interprètes) pour lutter contre les violences institutionnelles auxquelles les femmes sont exposées différentiellement, en fonction de leur place dans la hiérarchie sociale.

En guise d'ouverture

Par la reconnaissance du caractère socialement situé et éminemment politique de toute démarche de connaissance, j'ai essayé de développer tout au long de cette thèse une réflexion sur une posture féministe de recherche en psychologie sociale. C'est plus particulièrement la question de la réflexivité que j'ai tentée d'illustrer et sur laquelle j'ouvrirai ce travail de thèse. Si j'ai déjà évoqué l'aspect tensionnel de cette posture entre devoir de solidarité et position de pouvoir induit par le dispositif d'enquête, ce sont d'autres « zones de tension » qui m'ont traversée et me traversent encore actuellement.

Tout d'abord, prise dans une volonté de bien faire, j'ai parfois mobilisé de manière mécanique, et en cela, réductrice les catégories pour me situer en rapport à l'objet. À cet égard, plutôt que d'expliciter la façon dont notre trajectoire personnelle et sociale en tant que chercheuse influence le projet de connaissance, il peut en résulter une forme de « *listing* » de nos propres caractéristiques. Par ailleurs, se prêter à l'exercice de la réflexivité s'est également révélé être source d'inconfort puisque se situer peut nécessiter de se dévoiler. En d'autres termes, rendre compte de la façon dont nos expériences personnelles, nos valeurs et nos positions sociales façonnent notre rapport à l'objet peut nécessiter de se confronter au regard du milieu académique sur nos propres expériences vécues.

Pour certain·e·s ce sera trop, pour d'autres pas assez, il s'en reflète une pratique de recherche qui se cherche et qui se construit pour davantage de rigueur scientifique et pour penser des pratiques éthiques et déontologiques en recherche. Il en est ainsi des questionnements que mon expérience de jeune chercheuse est venue soulever, et qui, je l'espère, poursuivront leur chemin de pensée dans ce parcours en perpétuelle construction. Pour l'heure, ce dont je suis certaine, c'est que le développement d'une posture de recherche féministe en psychologie sociale est un apprentissage continu, à tâtonnements, qui en fait son côté parfois vertigineux, mais aussi passionnant.

Références bibliographiques

Note. Les références marquées avec « * » ont été inclues dans la revue systématique de littérature.

*Abdullahi, A., Copping, J., Kessel, A., Luck, M., & Bonell, C. (2009). Cervical screening: Perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden. *Public Health*, *123*(10), 680–685. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.09.011

*Abotchie, P. N., & Shokar, N. K. (2009). Cervical cancer screening among college students in Ghana: Knowledge and health beliefs. *International Journal of Gynecologic Cancer*, *19*(3), 412–416. https://doi.org/10.1111/IGC.0b013e3181a1d6de

Abric, J.-C. (1987). *Coopération, compétition, représentations sociales*. DelVal.

Abric, J.-C. (1994a). Les représentations sociales : Aspects théoriques. In J.-C. Abric, *Pratiques sociales et représentations* (p. 15-46). Presses Universitaires de France.

Abric, J.-C. (1994b). Pratiques sociales, représentations sociales. In J.-C. Abric, *Pratiques sociales et représentations* (p. 263-290). Presses Universitaires de France.

*Acharya Pandey, R., & Karmacharya, E. (2017). Cervical cancer screening behavior and associated factors among women of Ugrachandi Nala, Kavre, Nepal. *European Journal of Medical Research*, *22*(1), 22-32. https://doi.org/10.1186/s40001-017-0274-9

*Ackerson, K. (2011). Interactive model of client health behavior and cervical cancer screening of African-American women: Use of interaction model of client health behavior. *Public Health Nursing*, *28*(3), 271–280. https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2010.00901.x

*Ackerson, K. (2012). A history of interpersonal trauma and the gynecological exam. *Qualitative Health Research*, *22*(5), 679-688.

https://doi.org/10.1177/1049732311424730

*Adams, C. H., Smith, N. J., Wilbur, D. C., & Grady, K. E. (1993). The relationship of obesity to the frequency of pelvic examinations : Do physician and patient attitudes make a difference? *Women & Health*, *20*(2), 45-57. https://doi.org/10.1300/J013v20n02_04

*Agénor, M., Bailey, Z., Krieger, N., Austin, S. B., & Gottlieb, B. R. (2015). Exploring the cervical cancer screening experiences of Black lesbian, bisexual, and queer Women: The role of patient-provider communication. *Women & Health*, *55*(6), 717–736. https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1039182

Åhäll, L. (2018). Affect as methodology : Feminism and the politics of emotion. *International Political Sociology*, *12*, 36-52. https://doi.org/10.1093/ips/olx024

Aïach, P. (1998). Les voies de la médicalisation. In P. Aïach & D. Delanoë, *L'ère de la médicalisation* (p. 15-36). Anthropos.

*Akinlotan, M., Bolin, J. N., Helduser, J., Ojinnaka, C., Lichorad, A., & McClellan, D. (2017). Cervical cancer screening barriers and risk factor knowledge among uninsured women. *Journal of Community Health*, *42*(4), 770–778. https://doi.org/10.1007/s10900-017-0316-9

Akrich, M., & Méadel, C. (2009). Les échanges entre patients sur internet. *La Presse Médicale*, *38*, 1483-1493.

*Akinlotan, M., Bolin, J. N., Helduser, J., Ojinnaka, C., Lichorad, A., & McClellan, D. (2017). Cervical cancer screening barriers and risk factor knowledge among uninsured women. *Journal of Community Health*, *42*(4), 770–778. https://doi.org/10.1007/s10900-017-0316-9

*Al Sairafi, M., & Mohamed, F. A. (2009). Knowledge, attitudes, and practice related to cervical cancer screening among Kuwaiti women. *Medical Principles and Practice*, *18*(1), 35–42. https://doi.org/10.1159/000163044

*Albuquerque, C. L. F. de, Costa, M. da P., Nunes, F. M., Freitas, R. W. J. F. de, Azevedo, P. R. M. de, Fernandes, J. V., Rego, J. V., & Barreto, H. M. (2014). Knowledge, attitudes and practices regarding the Pap test among women in Northeastern Brazil. *Sao Paulo Medical Journal*, *132*(1), 3–9. https://doi.org/10.1590/1516-3180.2014.1321551

*Al-Hammadi, F. A., Al-Tahri, F., Al-Ali, A., Nair, S. C., & Abdulrahman, M. (2017). Limited understanding of pap smear testing among women, a barrier to cervical cancer screening in the United Arab Emirates. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *18*(12), 3379-3387. https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.12.3379

*Al-Naggar, R. A., & Isa, Z. (2010). Perception and opinion of medical students about pap smear test: A qualitative study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 11*, 435-440.

*Al-Naggar, R. A., Low, W., & Isa, Z. (2010). Knowledge and barriers towards cervical cancer screening among young women in Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 11*, 867-873.

*Anaman-Torgbor, J. A., King, J., & Correa-Velez, I. (2017). Barriers and facilitators of cervical cancer screening practices among African immigrant women living in Brisbane, Australia. *European Journal of Oncology Nursing*, *31*, 22–29. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.09.005

*Anandan, A., Kirby, S., Lykins, A., & Graham, C. A. (2014). Predictors of intentions to have pelvic examinations among a UK Sample of young Asian and non-Asian women. *International Journal of Sexual Health*, *26*(4), 258–267. https://doi.org/10.1080/19317611.2014.885923

Antoine, P., & Smith, J. A. (2017). Saisir l'expérience : Présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychologie Française*, *62*(4), 373-385. https://doi.org/10.1016/j.psfr.2016.04.001

Apostolidis, T. (2006). Représentations sociales et triangulation : Une application en psychologie sociale de la santé. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *22*(2), 211-226. https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000200011

Apostolidis, T., & Dany, L. (2012). Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : Le regard des représentations sociales. *Psychologie Française*, *57*(2), 67-81. https://doi.org/10.1016/j.psfr.2012.03.003

Apostolidis, T., Rouan, G., & Eisenlhor, S. (2003). Construction du rapport aux drogues dans un contexte de précarité. *Psychotropes*, *9*(2), 65-81. https://doi.org/10.3917/psyt.092.0065

*Arabaci, Z., & Ozsoy, S. (2012). The pap-smear test experience of women in Turkey: A qualitative study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *13*(11), 5687–5690. https://doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.11.5687

Arborio, A.-M., & Fournier, P. (2021). *L'observation directe* (5e éd.). Armand Colin.

*Arevian, M., Noureddine, S., & Kabakian, T. (1997). A survey of knowledge, attitude, and practice of cervical screening among Lebanese/Armenian women. *Nursing Outlook*, *45*(1), 16–22. https://doi.org/10.1016/S0029-6554(97)90053-1

*Armstrong, N., James, V., & Dixon-Woods, M. (2012). The role of primary care professionals in women's experiences of cervical cancer screening: A qualitative study. *Family Practice*, *29*(4), 462–466. https://doi.org/10.1093/fampra/cmr105

*Arulogun, O. S., & Maxwell, O. O. (2012). Perception and utilization of cervical cancer screening services among female nurses in University College Hospital, Ibadan, Nigeria. *Pan African Medical Journal, 11*, 69.

*Augusto, E. F., Rosa, M. L. G., Cavalcanti, S. M. B., & Oliveira, L. H. S. (2013). Barriers to cervical cancer screening in women attending the Family Medical Program in Niterói, Rio de Janeiro. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *287*(1), 53–58. https://doi.org/10.1007/s00404-012-2511-3

*Awodele, O., Adeyomoye, A. A. A., Awodele, D. F., Kwashi, V., Awodele, I. O., & Dolapo, D. C. (2011). A study on cervical cancer screening amongst nurses in Lagos University Teaching Hospital, Lagos, Nigeria. *Journal of Cancer Education*, *26*(3), 497–504. https://doi.org/10.1007/s13187-010-0187-6

*Bahmani, A., Baghianimoghadam, M. H., Enjezab, B., Mazloomy Mahmoodabad, S. S., & Askarshahi, M. (2015). Factors affecting cervical cancer screening behaviors based on the precaution adoption process model: A qualitative study. *Global Journal of Health Science*, *8*(6), 211. https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p211

Bajos, N., & Ferrand, M. (2004). La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Genre et Santé*, *22*(3), 117-142. https://doi.org/10.3406/sosan.2004.1630

Bajos, N., & Moreau, C. (2011). *FECOND « Fécondité—Contraception—Dysfonctions sexuelles » en France métropolitaine—Volet Population Générale (2009-2011)*

(IE0233A). Institut National d'Études Démographiques (INED).

Bajos, N., Rouzaud-Cornabas, M., Panjo, H., Bohet, A., Moreau, C., & L'Équipe Fécond. (2014). La crise de la pilule en France : Vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population & Sociétés*, *2014/5*(511), 1-4. https://doi.org/10.3917/popsoc.511.0001

*Barling, N. R., & Moore, S. M. (1996). Prediction of cervical cancer screening using the theory of reasoned action. *Psychological Reports*, *79*(1), 77–78. https://doi.org/10.2466/pr0.1996.79.1.77

*Baskaran, P., Subramanian, P., Rahman, R. A., Ping, W. L., Taib, N. A. M., & Rosli, R. (2013). Perceived susceptibility, and cervical cancer screening benefits and barriers in Malaysian women visiting outpatient clinics. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *14*(12), 7693–7699. https://doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.12.7693

*Bayu, H., Berhe, Y., Mulat, A., & Alemu, A. (2016). Cervical cancer screening service uptake and associated factors among age eligible women in Mekelle zone, Northern Ethiopia, 2015: A community based study using health belief model. *PLOS ONE*, *11*(3). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149908

Beck, F., & Richard, J.-B. (2013). *Les comportements de santé des jeunes : Analyses du Baromètre santé 2010*. Éditions INPES.

Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, *2*, 324-508. https://doi.org/10.1177/109019817400200407

Bergeron, H. (2007). Les transformations du «colloque singulier» médecin/patient : Quelques perspectives sociologiques. In D. Tabuteau, *Les droits des malades et des usagers du système de santé, une législature plus tard* (p. 39-51). Presses de Sciences Po.

*Bessler, P., Aung, M., & Jolly, P. (2007). Factors affecting uptake of cervical cancer screening among clinic attendees in Trelawny, Jamaica. *Cancer Control*, *14*(4), 396–404. https://doi.org/10.1177/107327480701400410

Bilge, S. (2015). Le blanchiment de l'intersectionnalité. *Recherches féministes*, *28*(2), 9-32. https://doi.org/10.7202/1034173ar

*Black, A. T., McCullocj, A., Martin, R. E., & Kan, L. (2011). Young women and cervical

cancer screening: What barriers persist*?. The Canadian Journal of Nursing Research, 43*(1), 8-21.

Blazquez Graf, N., Flores Palacios, F., & Ríos Everardo, M. (2010). *Investigación feminista : Epistemología, metodología y representaciones sociales*. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades Universidad Nacional Autónoma de México.

Bloy, G., & Rigal, L. (2019). En quête de pertinence et d'égalité ? Quand les prescriptions des dépistages des cancers gynécologiques s'emmêlent. *Revue française des affaires sociales*, *2019/3*, 11-33. https://doi.org/10.3917/rfas.193.0011

Bogen, K. W., Bleiweiss, K., & Orchowski, L. M. (2019). Sexual violence is #NotOkay : Social reactions to disclosures of sexual victimization on twitter. *Psychology of Violence*, *9*(1), 127-137. https://doi.org/10.1037/vio0000192

*Bottorff, J. L., Balneaves, L. G., Sent, L., Grewal, S., & Browne, A. J. (2001). Cervical cancer screening in ethnocultural groups: Case studies in women-centered care. *Women & Health*, *33*(3–4), 33–52. https://doi.org/10.1300/J013v33n03_03

Boulet, E. (2021). La triple journée des femmes enceintes : L'encadrement des grossesses en France, entre droits des femmes et devoirs des mères. *Enfances, Familles, Générations*, *38*, 1086959ar. https://doi.org/10.7202/1086959ar

*Boyer, L. E., Williams, M., Callister, L. C., & Marshall, E. S. (2001). Hispanic women's perceptions regarding cervical cancer screening. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *30*(2), 240–245. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2001.tb01541.x

*Boyer, S. C., & Pukall, C. F. (2014). Pelvic examination experiences in women with and without chronic pain during intercourse. *The Journal of Sexual Medicine*, *11*(12), 3035–3050. https://doi.org/10.1111/jsm.12701

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L.

Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Éds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs : Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (p. 57-71). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/13620-004

Braun, V., & Wilkinson, S. (2001). Socio-cultural representations of the vagina. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *19*(1), 17-32. https://doi.org/10.1080/02646830020032374

Bray, F., Jacques Ferlay, Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). *Global cancer statistics 2018 : GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. *68*(6), 394-424. https://doi.org/10.3322/caac.21492

*Broughton, S., & Thomson, K. (2000). Women with learning disabilities: Risk behaviours and experiences of the cervical smear test. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 905-912.

*Brown, D. R., Wilson, R. M., Boothe, M. A. S., & Harris, C. E. S. (2011). Cervical cancer screening among ethnically diverse Black women: Knowledge, attitudes, beliefs, and practices. *Journal of the National Medical Association*, *103*(8), 719–728. https://doi.org/10.1016/S0027-9684(15)30411-9

Bryere, J., Dejardin, O., Colonna, M., Grosclaude, P., Launoy, G., & Réseau français des registres de cancers Francim. (2017). Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France. *Bulletin Épidémiologie Hebdomadaire*, *4*, 68-77.

*Bukirwa, A., Mutyoba, J. N., Mukasa, B., Karamagi, Y., Odiit, M., Kawuma, E., & Wanyenze, R. K. (2015). Motivations and barriers to cervical cancer screening among HIV infected women in HIV care: A qualitative study. *BMC Women's Health*, *15*(1), 82. https://doi.org/10.1186/s12905-015-0243-9

Bukowska-Durawa, A., & Luszczynska, A. (2014). Cervical cancer screening and psychosocial barriers perceived by patients : A systematic review. *Contemporary Oncology*, *3*(18), 153-159. https://doi.org/10.5114/wo.2014.43158

Burkhauser, R. V., & Cawley, J. (2008). Beyond BMI : The value of more accurate measures of fatness and obesity in social science research. *Journal of Health*

Economics, *27*(2), 519-529. https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2007.05.005

*Byrd, T. L., Chavez, R., & Wilson, K. M. (2007). Barriers and facilitators of cervical cancer screening among Hispanic women. *Ethnicity & Disease, 17*(1), 129-134.

*Byrd, T. L., Peterson, S. K., Chavez, R., & Heckert, A. (2004). Cervical cancer screening beliefs among young Hispanic women. *Preventive Medicine*, *38*(2), 192–197. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2003.09.017

*Cadman, L., Waller, J., Ashdown-Barr, L., & Szarewski, A. (2012). Barriers to cervical screening in women who have experienced sexual abuse: An exploratory study. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, *38*(4), 214–220. https://doi.org/10.1136/jfprhc-2012-100378

Caillaud, S., & Flick, U. (2016). Triangulation méthodologique, ou comment penser son plan de recherche. In G. Lo Monaco, S. Delouvée, & P. Ratinaud (Éds.), *Les représentations sociales* (p. 227-237). De Boeck.

Campergue, R. (2011). *No Mammo ? Enquête sur le dépistage du cancer du sein*. Max Melo Éditions.

Carel, H., & Kidd, I. J. (2014). Epistemic injustice in healthcare : A philosophial analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *17*(4), 529-540. https://doi.org/10.1007/s11019-014-9560-2

*Catarino, R. R., Vassilakos, P. P., Royannez-Drevard, I. I., Guillot, C. C., Alzuphar, S. S., Fehlmann, A. A., Meyer-Hamme, U. U., & Petignat, P. P. (2016). Barriers to Cervical Cancer Screening in Geneva (DEPIST Study). *Journal of Lower Genital Tract Disease, 20*(2), 135–138. https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000173

Chan, D. N. S., & So, W. K. W. (2017). A systematic review of the factors influencing ethnic minority women's cervical cancer screening behavior : From intrapersonal to policy level. *Cancer Nursing*, *40*(6), E1-E30. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000436

*Chang, S. C. H., Woo, J. S. T., Yau, V., Gorzalka, B. B., & Brotto, L. A. (2013). Cervical cancer screening and Chinese women: Insights from focus groups. *Frontiers in Psychology*, *4*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00048

*Chaowawanit, W., Tangjitgamol, S., Kantathavorn, N., Phoolcharoen, N., Kittisiam, T., Khunnarong, J., Supawattanabodee, B., Srijaipracharoen, S., Thavaramara,

T., & Pataradool, K. (2016). Knowledge, attitudes and behavior of Bangkok Metropolitan women regarding cervical cancer screening. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *17*(3), 945–952. https://doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.3.945

Chen, L., Wang, X., & Peng, T.-Q. (2018). Nature and diffusion of gynecologic cancer-related misinformation on social media : Analysis of tweet. *Journal of Medical Internet Research*, *20*(10), e11515. https://doi.org/10.2196/11515

*Chen, S.-L., Chao Yu, Y.-M., Tsai, D. F.-C., & Chen, M.-J. (2008). Gynecologists' perception of the patient–physician relationship in pelvic examinations in Taiwan. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *29*(4), 290-295. https://doi.org/10.1080/01674820802604706

*Chen, S.-L., Jane, S.-W., Yu, Y.-M. C., & Hsieh, Y.-S. (2009). Discrepancy between physicians' perceptions and practices during pelvic examinations in Taiwan. *Patient Education and Counseling*, *74*(1), 124-129. https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.009

*Chigbu, C. O., Onyebuchi, A. K., Egbuji, C. C., & Ezugwu, E. C. (2015). Experiences and unmet needs of women undergoing pap smear cervical cancer screening: Impact on uptake of cervical cancer screening in South Eastern Nigeria. *Journal of Cancer Education*, *30*(1), 81–85. https://doi.org/10.1007/s13187-014-0691-1

Chorley, A. J., Marlow, L. A. V., Forster, A. S., Haddrell, J. B., & Waller, J. (2017). Experiences of cervical screening and barriers to participation in the context of an organised programme : A systematic review and thematic synthesis. *Psycho-Oncology*, *26*(2), 161-172. https://doi.org/10.1002/pon.4126

*Christian, T., & Guell, C. (2015). Knowledge and attitudes of cervical cancer screening among Caribbean women: A qualitative interview study from Barbados. *Women & Health*, *55*(5), 566–579. https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1022816

Clair, I. (2016). Faire du terrain en féministe. *Actes de la recherche en sciences sociales*, *213*(3), 66-83. https://doi.org/10.3917/arss.213.0066

Clarke, A. E., Fishman, J. R., Fosket, J. R., Mamo, L., & Shim, J. K. (2000). Technosciences et nouvelle biomédicalisation : Racines occidentales, rhizomes mondiaux. *Sciences sociales et santé*, *18*(2), 11-42. https://doi.org/10.3406/sosan.2000.1489

CNOM. (2023). *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2023.* Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Code, L. (1991). *What can she know? Feminist theory and the construction of knowledge*. Cornell University Press.

Collins, P. H. (1989). The social construction of Black feminist thought. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, *14*(4), 745-773. https://doi.org/10.1086/494543

Collins, P. H. (2000). *Black feminist thought : Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* (2e éd.). Routledge.

Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, *18*, 209-232.

*Cooper, C. P., & Saraiya, M. (2014). Opting out of cervical cancer screening. *American Journal of Preventive Medicine*, *47*(3), 315-319. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.04.018

Cox, C. L. (1982). An interaction model of client health behavior : Theoretical prescription for nursing. *Advances in Nursing Science*, *5*(1), 41-56. https://doi.org/10.1097/00012272-198210000-00007

*Crombie, I. K., Orbell, S., Johnston, G., Robertson, A. J., & Kenicer, M. (1995). Women's experiences at cervical screening. *Scottish Medical Journal*, *40*(3), 81–82. https://doi.org/10.1177/003693309504000307

*Curmi, C., Peters, K., & Salamonson, Y. (2016). Barriers to cervical cancer screening experienced by lesbian women: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, *25*(23–24), 3643–3651. https://doi.org/10.1111/jocn.12947

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex : A Black feminist critique of discrimination doctrine, feminist theory and antiracist practice. *University of Chicago Legal Forum*, *1989*(1), 139-167.

Dany, L. (2016). Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. In G. Lo Monaco, S. Delouvée, & P. Rateau (Éds.), *Les représentations sociales* (p. 85-102). De Boeck.

Déchalotte, M. (2017). *Le livre noir de la gynécologie moderne. Maltraitances gynécologiques et obstétricales : libérer la parole des femmes*. First Éditions

De Rosa, A. S., & Arhiri, L. (2019). The anthropological and ethnographic approaches

to social representations theory : A systematic meta-theoretical analysis of publications based on empirical studies. *Quality & Quantity*, *53*(6), 2933-2955. https://doi.org/10.1007/s11135-019-00908-3

Dedieu, F., & Jouzel, J.-N. (2015). Comment ignorer ce que l'on sait ? *Revue francaise de sociologie*, *56*, 105-133. https://doi.org/10.3917/rfs.561.0105.

Deffieux, X., Rousset-Jablonski, C., Gantois, A., Brillac, T., Maruani, J., Maitrot-Mantelet, L., Athiel, Y., Baffet, H., Bailleul, A., Bourdon, M., Cardaillac, C., Carneiro, Y., Chariot, P., Corroenne, R., Dabi, Y., Dahlem, L., Frank, S., Freyens, A., Grouthier, V., … Heron, I. (2023). Examen pelvien en gynécologie et obstétrique : Recommandations pour la pratique clinique. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, *51*(6), 297-330. https://doi.org/doi.org/10.1016/j.gofs.2023.04.001

Del Piccolo, L., de Haes, H., Heaven, C., Jansen, J., Verheul, W., Bensing, J., Bergvik, S., Deveugele, M., Eide, H., Fletcher, I., Goss, C., Humphris, G., Kim, Y.-M., Langewitz, W., Mazzi, M. A., Mjaaland, T., Moretti, F., Nübling, M., Rimondini, M., … Finset, A. (2011). Development of the Verona coding definitions of emotional sequences to code health providers' responses (VR-CoDES-P) to patient cues and concerns. *Patient Education and Counseling*, *82*(2), 149-155. https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.02.024

Denzin, N. (1970). *The research act : A theoretical introduction to sociological methods*. Aldine.

Desprès, C. (2020). Paradoxes du consentement éclairé en sciences humaines et sociales. *Médecine Palliative*, *19*(6), 336-342. https://doi.org/10.1016/j.medpal.2020.06.003

Devreux, A.-M. (2001). 4. Les rapports sociaux de sexe : Un cadre d'analyse pour des questions de santé ? In P. Aïach, D. Cèbe, G. Cresson, & C. Philippe, *Femmes et hommes dans le champ de la santé : Approches sociologiques* (p. 97-116). Presses de l'EHESP. https://doi.org/10.3917/ehesp.aiach.2001.01.0097

*Do, M. (2015). Predictors of cervical cancer screening among Vietnamese American women. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *17*(3), 756–764. https://doi.org/10.1007/s10903-013-9925-2

Doise, W. (1982). *L'explication en psychologie sociale*. Presses Universitaires de

France.

Dorlin, E. (2006). *La matrice de la race : Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*. La Découverte.

Dorlin, E. (2008). Épistémologies féministes. In *Sexe, genre et sexualités* (p. 9-31). Presses Universitaires de France.

DREES. (2018). *Démographie des professionnels de santé : Qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d'effectifs de médecins*. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.

DREES. (2021). *La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augment entre 2000 et 2017* (1201). Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.

Driscoll, S. D. (2016). Barriers and facilitators to cervical cancer screening in high incidence populations : A synthesis of qualitative evidence. *Women & Health*, *56*(4), 448-467. https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1101742

Ducrot, P., Montagni, I., Nguyen-Thanh, V., Serry, A.-J., & Richard, J.-B. (2021). Evolution of online health-related information seeking in France from 2010 to 2017 : Results from nationally representative surveys. *Journal of Medical Internet Research*, *23*(4), e18799. https://doi.org/10.2196/18799.

*Durant, R. H., Seymore, C., Jay, M. S., Freeman, D., Sharp, C., & Linder, C. W. (1987). Pediatric residents' assessment of adolescents' experiences during pelvic examination. *Journal of Adolescent Health Care, 8*(5), 407-412. https://doi.org/10.1016/0197-0070(87)90228-2

Ehrenreich, B., & English, D. (1973). *Fragiles ou contagieuses : Le pouvoir médical et le corps des femmes.* Éditions Cambourakis.

*Ekechi, C., Olaitan, A., Ellis, R., Koris, J., Amajuoyi, A., & Marlow, L. A. (2014). Knowledge of cervical cancer and attendance at cervical cancer screening: A survey of Black women in London. *BMC Public Health*, *14*(1), 1096. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1096

El Kotni, M. (2019). La place du consentement dans les expériences de violences obstétricales au Mexique. *Autrepart*, *85*(1), 39-55. https://doi.org/10.3917/autr.085.0039

*El Mhamdi, S., Bouanene, I., Mhirsi, A., Bouden, W., & Soussi Soltani, M. (2012). Cervical cancer screening: Women's knowledge, attitudes, and practices in the region of Monastir (Tunisia). *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, *60*(6), 431–436. https://doi.org/10.1016/j.respe.2012.03.009

Enloe, C. (2004). *The curious feminist : Searching for women in a new age of empire*. University of California Press.

*Esin, M. N., Bulduk, S., & Ardic, A. (2011). Beliefs about cervical cancer screening among Turkish married women. *Journal of Cancer Education*, *26*(3), 510–515. https://doi.org/10.1007/s13187-011-0198-y

Eysenbach, G., & Wyatt, J. (2002). Using the internet for surveys and health research. *Journal of Medical Internet Research*, *4*(2), e13. https://doi.org/10.2196/jmir.4.2.e13

Fainzang, S. (2006). Secret et mensonge dans le discours médical. *Cités*, *26*(2), 27-36. https://doi.org/10.3917/cite.026.0027

*Fang, D. M., & Baker, D. L. (2013). Barriers and facilitators of cervical cancer screening among women of Hmong origin. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, *24*(2), 540–555. https://doi.org/10.1353/hpu.2013.0067

Farr, R. M. (1996). *The roots of modern social psychology, 1872–1954*. Blackwell Publishing.

Fassin, D. (1998). Avant-propos : Les politiques de la médicalisation. In P. Aïach & D. Delanoë, *L'ère de la médicalisation* (p. 1-14). Anthropos.

Fassin, D. (2008). L'éthique, au-delà de la règle : Réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en Afrique du Sud. *Sociétés contemporaines*, *71*(3), 117-135. https://doi.org/10.3917/soco.071.0117

Favret-Saada, J. (1990). Être affecté. *Gradhiva*, *8*, 3-9.

*Fernandes, J. V., Rodrigues, S. H. L., Da Costa, Y. G. A. S., Da Silva, L. C. M., De Brito, A. M. L., De Azevedo, J. W. V., Do Nascimento, E. D., De Azevedo, P. R., & De Medeiros Fernandes, T. A. A. (2009). Knowledge, attitudes, and practices related to Pap test in Northeastern Brazil. *Revista de saude publica, 43*(5), 851–858. https://doi.org/10.1590/s0034-89102009005000055

*Fernandez-Esquer, M. (2004). Cervical cancer screening among Latinas recently immigrated to the United States*1. *Preventive Medicine*, *38*(5), 529–535. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2003.12.009

Fischer, G.-N., & Tarquinio, C. (1999). Les aspects psychosociaux dans les méthodologies en psychologie de la santé. *Pratiques Psychologiques*, *4*, 42-53.

*Fitch, M. I., Greenberg, M., Cava, M., Spaner, D., & Taylor, K. (1998). Exploring the barriers to cervical screening in an urban Canadian setting. *Cancer Nursing, 21*(6), 441-449. https://doi.org/10.1097/00002820-199812000-00008

*Fletcher, F. E., Buchberg, M., Schover, L. R., Basen-Engquist, K., Kempf, M.-C., Arduino, R. C., & Vidrine, D. J. (2014). Perceptions of barriers and facilitators to cervical cancer screening among low-income, HIV-infected women from an integrated HIV clinic. *AIDS Care*, *26*(10), 1229–1235. https://doi.org/10.1080/09540121.2014.894617

Flores Espínola, A. (2012). Subjectivité et connaissance : Réflexions sur les épistémologies du 'point de vue'. *Cahiers du Genre*, *53*(2), 99-120. https://doi.org/10.3917/cdge.053.0099

Fonquerne, L. (2021). *(Faire) Avaler la pilule : Une sociologie des prescriptions et des usages d'une contraception en « crise »* [Thèse de doctorat]. Toulouse 2.

Fonquerne, L. (2022). « 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. https://doi.org/10.3917/spub.215.0663

Fonte, D., Colson, S., Côté, J., Reynaud, R., Lagouanelle-Simeoni, M.-C., & Apostolidis, T. (2019). Representations and experiences of well-being among diabetic adolescents : Relational, normative, and identity tensions in diabetes self-management. *Journal of Health Psychology*, *24*(14), 1976-1992. https://doi.org/10.1177/1359105317712575

Fox, R. C. (2000). Medical uncertainty revisited. In G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, & S. C. Scrimshaw (Éds.), *Handbook of Social Studies in Health and Medicine* (p. 409-425). Sage Publications.

Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice : Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001

Galasiński, D., & Ziolkowska, J. (2007). Gender and the gynecological examination :

Women's identities in doctors' narratives. *Qualitative Health Research*, *17*, 477-488. https://doi.org/10.1177/1049732306298361

*Gao, W., DeSouza, R., Paterson, J., & Lu, T. (2008). Factors affecting uptake of cervical cancer screening among Chinese women in New Zealand. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *103*(1), 76–82. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2008.04.025

Garcia, S. (2005). Expertise scientifique et capital militant : Le rôle des médecins dans la lutte pour la légalisation de l'avortement. *Actes de la recherche en sciences sociales*, *158*(3), 96-115. https://doi.org/10.3917/arss.158.0096

Gardey, D., & Löwy, I. (2000). Pour en finir avec la nature. In D. Gardey & I. Löwy, *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin.* (p. 9-28). Editions des Archives Contemporaines.

Gasquet, B. de. (2015). Que fait le féminisme au regard de l'ethnographe ? La réflexivité sur le genre comme connaissance situé. *SociologieS, La recherche en actes*, 2-16. https://doi.org/10.4000/sociologies.5081

*Gatumo, M., Gacheri, S., Sayed, A.-R., & Scheibe, A. (2018). Women's knowledge and attitudes related to cervical cancer and cervical cancer screening in Isiolo and Tharaka Nithi counties, Kenya: A cross-sectional study. *BMC Cancer*, *18*(1), 745. https://doi.org/10.1186/s12885-018-4642-9

Gelly, M., & Pitti, L. (2016). Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. *Agone*, *58*, 7-17.

Giami, A. (2010). La spécialisation informelle des médecins généralistes : L'abord de la sexualité. In G. Bloy & F.-X. Schweyer, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale* (p. 147-167). Presses de l'EHESP. https://www.cairn.info/singuliers-generalistes-2010--9782810900213-page-147.htm?ref=doi

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2009). *The discovery of grounded theory : Strategies for qualitative research*. Aldine.

Godrie, B., & Dos Santos, M. (2017). Présentation : Inégalités sociales, production des savoirs et de l'ignorance. *Sociologie et sociétés*, *49*(1), 7-31. https://doi.org/10.7202/1042804ar

Goffman, E. (1973). *La Mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*.

Les éditions de minuit.

Gøtzsche, P. C. (2012). Mammography screening : Truth, lies, and controversy. *The Lancet*, *380*(9838), 218. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61216-1

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning : An educational and environmental approach*. Mayfield Publishing.

*Grundström, H., Wallin, K., & Berterö, C. (2011). 'You expose yourself in so many ways': Young women's experiences of pelvic examination. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *32*(2), 59–64. https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.560692

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *Handbook of qualitative research* (p. 105-117). Sage Publications.

*Guilfoyle, S., Franco, R., & Gorin, S. S. (2007). Exploring older women's approaches to cervical cancer screening. *Health Care for Women International*, *28*(10), 930–950. https://doi.org/10.1080/07399330701615358

*Güneş, G., & Karaçam, Z. (2017). The feeling of discomfort during vaginal examination, history of abuse and sexual abuse and post-traumatic stress disorder in women. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(15-16), 2362-2371. https://doi.org/10.1111/jocn.13574

Guyard, L. (2002). Consultation gynécologique et gestion de l'intime. *Champ psychosomatique*, *27*(3), 81-92. https://doi.org/10.3917/cpsy.027.0081

Guyard, L. (2008). *La médicalisation contemporaine du corps féminin : Le cas de la consultation gynécologique* [Thèse de doctorat]. Université Paris X.

Guyard, L. (2010). Sexualité féminine et consultation gynécologique : La part évincée du plaisir. *Nouvelles Questions Féministes*, *29*(3), 44-57. https://doi.org/10.3917/nqf.293.0044

Haas, V., & Masson, E. (2006). La relation à l'autre comme condition à l'entretien. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, *71*(3), 77-88. https://doi.org/10.3917/cips.071.0077

Hamers, F. F., Woronoff, A.-S., & Réseau français des registres de cancers Francim. (2019). Cancer du col de l'utérus en France : Tendances de l'incidence et de la mortalité jusqu'en 2018. *Bulletin Épidémiologie Hebdomadaire*, *22-23*, 410-416.

Harding, S. (1993). Rethinking standpoint epistemology : What is « strong objectivity » ? In L. Alcoff & E. Potter (Éds.), *Feminist epistemologies* (p. 49-82). Routledge.

*Harlan, L. C., Bernstein, A. B., & Kessler, L. G. (1991). Cervical cancer screening: Who is not screened and why? *American Journal of Public Health*, *81*(7), 885–890. https://doi.org/10.2105/AJPH.81.7.885

Hartsock, N. C. M. (1983). The feminist standpoint : Developing the ground for a specifically feminist historical materialism. In S. Harding & M. B. Hintikka (Éds.), *Discovering reality : Feminist perspectives on epistemology, metaphysics, methodology, and philosophy of science* (p. 283-310). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/0-306-48017-4_15

HAS. (2010). *État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France*. Haute Autorité de Santé.

HAS. (2013). *Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG)*. Haute Autorité de Santé.

HAS. (2018). *Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis. Synthèse de la recommandation en santé publique*. Haute Autorité de Santé.

HAS. (2019). *Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67. Synthèse de la recommandation en santé publique*. Haute Autorité de Santé.

*Hatcher, J., & Schoenberg, N. E. (2011). Predictors of cervical cancer screening for rarely or never screened rural Appalachian women. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, *22*(1), 176-193. https://doi.org/10.1353/hpu.2011.0021

HCE. (2018). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical.* (2018-0626-SAN-034). Haut Conseil à l'Egalité.

Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. Wiley.

Hemmings, C. (2012). Affective solidarity : Feminist reflexivity and political transformation. *Feminist Theory*, *13*(2), 147-161. https://doi.org/10.1177/1464700112442643

Herzlich, C. (2001). Les représentations sociales de la santé et la santé en mutation : Un regard rétrospectif et prospectif sur la fécondité d'un concept. In F. Buschini & N. Kalampalikis (Éds.), *Penser la vie, le social, la nature. Mélanges en l'honneur de S. Moscovici* (p. 189-200). Éditions de la MSH.

*Hislop, T. G., Deschamps, M., Teh, C., Jackson, C., Tu, S.-P., Yasui, Y., Schwartz, S. M., Kuniyuki, A., & Taylor, V. (2003). Facilitators and barriers to cervical cancer screening among Chinese Canadian women. *Canadian Journal of Public Health, 94*(1), 68–73. https://doi.org/10.1007/BF03405056

Hoffman, K. M., Trawalter, S., Axt, J. R., & Oliver, M. N. (2016). Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *113*(16), 4296-4301. https://doi.org/10.1073/pnas.1516047113

Holtz, P., Kronberger, N., & Wagner, W. (2012). Analyzing internet forums : A practical guide. *Journal of Media Psychology*, *24*(2), 55-66. https://doi.org/10.1027/1864-1105/a000062

Hook, B. (1981). *Ain't I a woman : Black women and feminism*. South End Press.

Humphreys, S. (2010). The unethical use of BMI in contemporary general practice. *The British Journal of General Practice*, *60*(578), 696-697. https://doi.org/10.3399/bjgp10X515548

*Hweissa, N. Ab., Lim, J. N. W., & Su, T. T. (2016). Health-care providers' perceptions, attitudes towards and recommendation practice of cervical cancer screening. *European Journal of Cancer Care*, *25*(5), 864–870. https://doi.org/10.1111/ecc.12537

*Hyman, I., Singh, P. M., Meana, M., George, U., Wells, L. M., & Stewart, D. E. (2002). Physician-related determinants of cervical cancer screening among Caribbean women in Toronto. *Ethnicity & Disease, 12*(2), 268-275.

*Ideström, M., Milsom, I., & Andersson-Ellström, A. (2007). The cervical cancer screening program from a midwife's perspective. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *86*(6), 742–748. https://doi.org/10.1080/00016340701371272

INCa. (2015). *Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus/Étude médico-économique/Phase 1, appui à la décision*. Institut National du Cancer.

INCa, & Santé publique France. (2023). *Baromètre cancer 2021*. Institut National du Cancer & Santé Publique France.

Jacques, B., & Purgues, S. (2012). L'entrée des hommes dans le métier de sage-femme : Faire sa place dans un monde professionnel « ultraféminisé ». *Revue française des affaires sociales*, *2-3*, 52-71. https://doi.org/10.3917/rfas.122.0052

*Jameson, A., Sligo, F., & Comrie, M. (1999). Barriers to Pacific women's use of cervical screening services. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *23*(1), 89–92. https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.1999.tb01211.x

Janesick, V. (1998). *« Stretching » exercises for qualitative researchers*. Sage Publications.

Janssen, S. M., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2012). Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics : A systematic review. *Patient Education and Counseling*, *89*(2), 221-226. https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.034

Jaunait, A. (2003). Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*, *11*(3), 59-79. https://doi.org/10.3917/rai.011.0059

Jodelet, D. (1989a). *Folies et représentations sociales*. Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.1522/030110944

Jodelet, D. (1989b). Représentations sociales : Un domaine en expansion. In D. Jodelet, *Les représentations sociales* (p. 31-61). Presses Universitaires de France.

Jodelet, D. (2003). Aperçus sur les méthodologies qualitatives. In S. Moscovici & F. Buschini (Éds.), *Les méthodes des sciences humaines* (p. 139-162). Presses Universitaires de France.

Jodelet, D. (2008). Représentation sociale : Phénomènes, concept et théorie. In S. Moscovici, *Psychologie Sociale* (3e éd., p. 363-384). Presses Universitaires de France.

Jodelet, D. (2015). *Représentations sociales et mondes de vie*. Éditions des Archives Contemporaines.

Jodelet, D. (2017). Le savoir expérientiel des patients, son statut épistémologique et

social. In A. O. Silva & B. V. Camargo, *Representações sociais do envelhecimento e da saúde* (p. 270-294). Editora da UFRN.

Jovchelovitch, S. (2002). Re-thinking the diversity of knowledge : Cognitive polyphasia, belief and representation. *Psychologie et Société*, *5*(1), 121-138.

Jowett, A. (2015). A case for using online discussion forums in critical psychological research. *Qualitative Research in Psychology*, *12*(3), 287-297. https://doi.org/10.1080/14780887.2015.1008906

Kalampalikis, N. (2003). L'apport de la méthode Alceste dans l'analyse des représentations sociales. In J.-C. Abric (Éd.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (p. 147-163). Erès.

Kalampalikis, N., & Apostolidis, T. (2016). La perspective socio-génétique des représentations sociales. In G. Lo Monaco, S. Delouvée, & P. Rateau (Éds.), *Les représentations sociales* (p. 69-77). De Boeck.

Kapsalis, T. (1997). *Public privates: Performing gynecology from both ends of the speculum.* Duke University Press.

Kelly, L. (1987). The continuum of sexual violence. In J. Hanmer & M. Maynard (Éds.), *Women, Violence and Social Control. Explorations in Sociology* (p. 46-60). Palgrave Macmillan UK.

Kergoat, D. (2009). Dynamique et consubstanlialité des rapports sociaux. In E. Dorlin, *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination* (p. 111-125). Presses Universitaires de France.

*Kesic, V., Markovic, M., Matejic, B., & Topic, L. (2005). Awareness of cervical cancer screening among women in Serbia. *Gynecologic Oncology*, *99*(3), S222–S225. https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2005.07.092

*Khan, C. T., Greene, C. J., Strauss, J. L., Spiegel, D., & Weitlauf, J. C. (2014). A new perspective on distress during the pelvic examination: The role of traumatic hyperarousal in women with histories of sexual violence. *Violence and Gender*, *1*(3), 117–123. https://doi.org/10.1089/vio.2014.0016

Kim, K., & Han, H.-R. (2016). Potential links between health literacy and cervical cancer screening behaviors : A systematic review. *Psycho-Oncology*, *25*(2), 122-130. https://doi.org/10.1002/pon.3883

*Kim, H., Lee, K. J., Lee, S. O., & Kim, S. (2004). Cervical cancer screening in Korean American women: Findings from focus group interviews. *Journal of Korean Academy of Nursing*, *34*(4), 617. https://doi.org/10.4040/jkan.2004.34.4.617

*Kim, K., Kim, S., Gallo, J. J., Nolan, M. T., & Han, H.-R. (2017). Decision making about Pap test use among Korean immigrant women: A qualitative study. *Health Expectations*, *20*(4), 685–695. https://doi.org/10.1111/hex.12507

Kimmerle, J., Bientzle, M., & Cress, U. (2017). "Scientific evidence is very important for me" : The impact of behavioral intention and the wording of user inquiries on replies and recommendations in a health-related online forum. *Computers in Human Behavior*, *73*, 320-327. https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.03.064

Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups : The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, *16*(1), 103-121. https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11347023

*Kling, J. M., Vegunta, S., Al-Badri, M., Faubion, S. S., Fields, H. E., Shah, A. A., Wallace, M. R., Ruddy, B. E., Bryan, M. J., Temkit, M., & MacLaughlin, K. L. (2017). Routine pelvic examinations: A descriptive cross-sectional survey of women's attitudes and beliefs after new guidelines. *Preventive Medicine*, *94*, 60–64. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.11.007

Knibiehler, Y. (2003). Les médecins des Lumières et la « nature féminine ». In É. Morin-Rotureau, *1789-1799 : Combats de femmes. La Révolution exclut les citoyennes* (p. 127-141). Autrement. https://doi.org/10.3917/autre.morin.2003.01.0127

Knibiehler, Y., & Marand-Fouquet, C. (1983). *La femme et les médecins : Analyse historique*. Hachette.

Koechlin, A. (2022a). La consultation gynécologique, une instance paradoxale dans la socialisation des jeunes femmes à la sexualité. *Terrains travaux*, *40*(1), 21-42. https://doi.org/10.3917/tt.040.0021

Koechlin, A. (2022b). *La norme gynécologique : Ce que la médecine fait au corps des femmes.* Éditions Amsterdam.

Kok, P., Seidell, J. C., & Meinders, A. E. (2004). The value and limitations of the body mass index (BMI) in the assessment of the health risks of overweight and obesity. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, *148*(48), 2379-2382.

*Korfage, I., van Ballegooijen, M., Wauben, B., Looman, C., Habbema, J., & Essink-Bot, M.-L. (2012). Having a Pap smear, quality of life before and after cervical screening: A questionnaire study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *119*(8), 936–944. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03344.x

Kosterina, E., Horne, S. G., & Lamb, S. (2019). The role of gender-based violence, health worries, and ambivalent sexism in the development of women's gynecological symptoms. *Journal of Health Psychology*, *26*(4), 567-579. https://doi.org/10.1177/1359105318825292

*Kue, J., Hanegan, H., & Tan, A. (2017). Perceptions of cervical cancer screening, screening behavior, and post-migration living difficulties among Bhutanese–Nepali refugee women in the United States. *Journal of Community Health*, *42*(6), 1079–1089. https://doi.org/10.1007/s10900-017-0355-2

*Kwak, M.-S., Choi, K. S., Spring, B. J., Park, S., & Park, E.-C. (2009). Predicting the stages of adoption of cervical cancer screening among Korean women. *Preventive Medicine*, *49*(1), 48–53. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.05.007

*Kwok, C., White, K., & Roydhouse, J. K. (2011). Chinese-Australian women's knowledge, facilitators and barriers related to cervical cancer screening: A qualitative study. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *13*(6), 1076–1083. https://doi.org/10.1007/s10903-011-9491-4

La Soudière, M. de. (1988). L'inconfort du terrain. Faire la Creuse, le Maroc, la Lozère. *Terrain*, *11*, 94-105. https://doi.org/0.4000/terrain.3316

Labbé, É., Moulin, J. J., Guéguen, R., Sass, C., Chatain, C., & Gerbaud, L. (2007). Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : Le score EPICES: l'expérience des Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie. *La Revue de l'Ires*, *53*(1), 3-49. https://doi.org/10.3917/rdli.053.0003

Lafrance, M. N., & Wigginton, B. (2019). Doing critical feminist research : A Feminism & Psychology reader. *Feminism & Psychology*, *29*(4), 534-552. https://doi.org/10.1177/0959353519863075

Lapeyre, N., & Le Feuvre, N. (2005). Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Revue française des affaires*

sociales, *1*, 59-81. https://doi.org/10.3917/rfas.051.0059

*Larsen, M., Oldeide, C. C., & Malterud. K. (1997). Not so bad after all … Women's experiences of pelvic examinations. *Family practice, 14*(2), 148-152. https://doi.org/10.1093/fampra/14.2.148

*Lee, M. C. (2000). Knowledge, barriers, and motivators related to cervical cancer screening among Korean-American women: A focus group approach. *Cancer Nursing, 23*(3), 168-175. https://doi.org/10.1097/00002820-200006000-00003

Leite, F. M. C., Amorim, M. H. C., Primo, C. C., & Gigante, D. P. (2017). Violence against women and cervical cancer screening : A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(15-16), 2126-2136. https://doi.org/10.1111/jocn.13328

Lelaurain, S., & Fonte, D. (2022). *La violence conjugale, entre vécu et légitimation patriarcale*. Mardaga.

*Lerman G., Caputo, C. & Brody, D. (1990). Factors associated with inadequate cervical cancer screening among lower income primary care patients. *Journal of the American Board of Family Practice, 5*(3), 151-156.

Lim, J. N. W., & Ojo, A. A. (2017). Barriers to utilization of cervical cancer screening in Sub Sahara Africa : A systematic review. *European Journal of Cancer Care*, *26*(1). https://doi.org/10.1111/ecc.12444

*Logan, L., & Mcilfatrick, S. (2011). Exploring women's knowledge, experiences and perceptions of cervical cancer screening in an area of social deprivation: Cervical cancer screening in women. *European Journal of Cancer Care*, *20*(6), 720–727. https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2011.01254.x

Longino, H. E. (1993). Subjects, power, and knowledge : Description and prescription in feminist philosophies of science. In L. Alcoff & E. Potter (Éds.), *Feminist Epistemologies* (p. 101-120). Routledge.

*Lovell, S., Kearns, R. A., & Friesen, W. (2007). Sociocultural barriers to cervical screening in South Auckland, New Zealand. *Social Science & Medicine*, *65*(1), 138–150. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.042

Löwy, I. (2005). Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? Le <i>Women Health Movement<i> et les transformations de la médecine aux États-Unis. *Travail, genre et sociétés*, *14*(2), 89-108. https://doi.org/10.3917/tgs.014.0089

*Lyimo, F. S., & Beran, T. N. (2012). Demographic, knowledge, attitudinal, and accessibility factors associated with uptake of cervical cancer screening among women in a rural district of Tanzania: Three public policy implications. *BMC Public Health*, *12*(1), 22. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-22

*Ma, G. X., Gao, W., Fang, C. Y., Tan, Y., Feng, Z., Ge, S., & Nguyen, J. A. (2013). Health beliefs associated with cervical cancer screening among Vietnamese Americans. *Journal of Women's Health*, *22*(3), 276–288. https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3587

Maas, M. K., McCauley, H. L., Bonomi, A. E., & Leija, S. G. (2018). "I was grabbed by my pussy and its #NotOkay" : A twitter backlash against Donald Trump's degrading commentary. *Violence Against Women*, *24*(14), 1739-1750. https://doi.org/10.1177/1077801217743340

*Magee, C. G., Hult, J. R., Turalba, R., & McMillan, S. (2005). Preventive care for women in prison: A qualitative community health assessment of the Papanicolaou test and follow-up treatment at a California State Women's Prison. *American Journal of Public Health*, *95*(10), 1712–1717. https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.063677

Maina, I. W., Belton, T. D., Ginzberg, S., Singh, A., & Johnson, T. J. (2018). A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. *Social Science & Medicine*, *199*, 219-229. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.009

*Marlow, L. A. V., Chorley, A. J., Rockliffe, L., & Waller, J. (2018). Decision-making about cervical screening in a heterogeneous sample of nonparticipants: A qualitative interview study. *Psycho-Oncology*, *27*(10), 2488–2493. https://doi.org/10.1002/pon.4857

*Marlow, L. A. V., Waller, J., & Wardle, J. (2015). Barriers to cervical cancer screening among ethnic minority women: A qualitative study. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, *41*(4), 248–254. https://doi.org/10.1136/jfprhc-2014-101082

Martineau, S. (2005). L'instrumentation dans la collecte des données. L'observation en situation : Enjeux, possibilités et limites. *Recherches qualitatives*, *HS*(2), 5-17.

*Matin, M., & LeBaron, S. (2004). Attitudes toward cervical cancer screening among Muslim women: A pilot study. *Women & Health*, *39*(3), 63–77. https://doi.org/10.1300/J013v39n03_05

*McIntyre, L., Szewchuk, A., & Munro, J. (2010). Inclusion and exclusion in mid-life lesbians' experiences of the Pap test. *Culture, Health & Sexuality*, *12*(8), 885–898. https://doi.org/10.1080/13691058.2010.508844

McKenna, K. Y. A., & Bargh, J. A. (2000). Plan 9 from cyberspace : The implications of the Internet for personality and social psychology. *Personnality and Social Psychology Review*, *4*(1), 57-75. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0401_6

Medina, J. (2013). *The epistemology of resistance : Gender and racial oppression, epistemic injustice, and the social imagination*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199929023.001.0001

Mendes, K., Ringrose, J., & Keller, J. (2019). *Digital feminist activism : Girls and women fight back against rape culture*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780190697846.001.0001

Michelat, G. (1975). Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Revue Française de Sociologie*, *16*(2), 229-247. https://doi.org/10.2307/3321036

*Michielutte, R., Dignan, M. B., Sharp, P. C., Blinson, K., & Wells, H. B. (1999). Psychosocial factors related to cervical screening among Lumbee women. *American Journal of Health Behavior*, *23*(2), 115–127. https://doi.org/10.5993/AJHB.23.2.4

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C. P., Pileggi, V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon : A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, *388*(10056), 2176-2192. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6

*Modibbo, F. I., Dareng, E., Bamisaye, P., Jedy-Agba, E., Adewole, A., Oyeneyin, L., Olaniyan, O., & Adebamowo. C. (2016). Qualitative study of barriers to cervical cancer screening among Nigerian women. *BMJ Open, 6*(1), e008533.

https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008533

*Møen, K. A., Terragni, L., Kumar, B., & Diaz, E. (2018). Cervical cancer screening among immigrant women in Norway : The healthcare providers' perspectives. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *36*(4), 415-422. https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1523986

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Grouppara, T. P. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses : The PRISMA statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, *62*, 1006-1012. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.005

Montali, L., Monica, C., Riva, P., & Cipriani, R. (s. d.). Conflicting representations of pain : A qualitative analysis of health care professionals' discourse. *Pain Medecine*, *12*(11), 1585-1593. https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01252.x

Moreno, M. A., Goniu, N., Moreno, P. S., & Diekema, D. (2013). Ethics of social media research : Common concerns and practical considerations. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, *16*(6), 708-713.

Morin, M., & Apostolidis, T. (2002). Contexte social et santé. In G.-N. Fischer (Éd.), *Traité de psychologie de la santé* (p. 463-489). Dunod.

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.mosco.2004.01

Moscovici, S. (2008). Introduction : Le domaine de la psychologie sociale. In S. Moscovici, *Psychologie sociale* (3e éd., p. 5-22). Presses Universitaires de France.

Moulin, P., Moreau, É., Ory, L., Huet, M., Aim, M.-A., Apostolidis, T., Dudoit, E., & Dany, L. (2018). Sexualité(s), pathologies chroniques et handicap. In M. Préau & A. Siméone, *De l'expertise scientifique à l'expertise profane. Postures, enjeux et méthodes dans le champ de la psychologie de la santé* (p. 45-55). Éditions des archives contemporaines.

Musso, S. (2008). À propos du « malaise éthique » du chercheur : Les leçons d'un terrain sur les objets « sida » et « immigration » en France. *Ethnographiques.org*, *17*.

*Mutyaba, T., Mmiro, F. A., & Weiderpass, E. (2006). Knowledge, attitudes and practices on cervical cancer screening among the medical workers of Mulago Hospital, Uganda. *BMC Medical Education*, *6*, 13. https://doi.org/10.1186/1472-6920-6-13

Nacu, A. (2011). À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes. *Sociologie du travail*, *53*(1), 109-130. https://doi.org/10.4000/sdt.7163

Nader, L. (1972). Up the Anthropologist : Perspectives gained from studying up. In D. Hymes (Éd.), *Reinventing Anthropology* (p. 284-311). Pantheon Books.

*Nathoo, V. (1988). Investigation of non-responders at a cervical cancer screening clinic in Manchester. *BMJ*, *296*(6628), 1041–1042. https://doi.org/10.1136/bmj.296.6628.1041

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont Report : Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research,*. Department of Health, Education, and Welfare.

*Ndejjo, R., Mukama, T., Kiguli, J., & Musoke, D. (2017). Knowledge, facilitators and barriers to cervical cancer screening among women in Uganda: A qualitative study. *BMJ Open*, *7*(6), e016282. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016282

Nève, M. (2022). Violences obstétricael et gynécologiques : Avec et à côté du mouvement #MeToo. In C. Cavalin, J. Da Silva, P. Delage, I. Despontin Lefèvre, D. Lacombe, & B. Pavard, *Les violences sexistes après #MeToo* (p. 183-196). Presses des Mines.

*Núñez-Troconis, J., Tulliani, E., Martínez, M. G., & Fernández, N. (2013). Knowledge and attitudes as predictors of cervical cancer screening among women in a Venezuelan urban area. *Investigación Clínica, 54*(1), 20-33.

*Nwabichie, C. C., Manaf, R. A., & Ismail, S. B. (2018). Factors affecting uptake of cervical cancer screening among African women in Klang Valley, Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *19*(3), 825–831. https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.3.825

*O'Brien, B. A., Mill, J., & Wilson, T. (2009). Cervical screening in Canadian First Nation Cree women. *Journal of Transcultural Nursing*, *20*(1), 83–92. https://doi.org/10.1177/1043659608322418

Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain : Sur la production des données en anthropologie. *Les terrains de l'enquête*, *1*, 71-109. https://doi.org/10.4000/enquete.263

OMS. (2017). *La lutte contre le cancer du col de l'utérus : Guide des pratiques essentielles, 2e éd*. Organisation Mondiale de la Santé.

Ong, L. M. L., Visser, M. R. M., Kruyver, I. P. M., Bensing, J. M., Stouthard, J. M. L., & Lammes, F. B. (1998). The Roter Interaction Analysis System (RIAS) in oncological consultations : Psychometric properties. *Psycho-Oncology*, *7*(5), 387-401. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(1998090)7:5<387::AID-PON316>3.0.CO;2-G

*Orbell, S., Crombie, I., & Johnston, G. (1996). Social cognition and social structure in the prediction of cervical screening uptake. *British Journal of Health Psychology*, *1*(1), 35–50. https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.1996.tb00490.x

*Oscarsson, M. G., Benzein, E. G., & Wijma, B. E. (2007). The first pelvic examination. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *28*(1), 7–12. https://doi.org/10.1080/01674820601035136

*Oscarsson, M. G., Benzein, E. G., & Wijma, B. E. (2008). Reasons for non-attendance at cervical screening as reported by non-attendees in Sweden. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *29*(1), 23–31. https://doi.org/10.1080/01674820701504619

*Oscarsson, M. G., Wijma, B. E., & Benzein, E. G. (2008). 'I do not need to… I do not want to… I do not give it priority…' – why women choose not to attend cervical cancer screening. *Health Expectations*, *11*(1), 26–34. https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2007.00478.x

*Oshima, S., & Maezawa, M. (2013). Perception of cervical cancer screening among japanese university students who have never had a pap smear: A qualitative study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *14*(7), 4313–4318. https://doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.7.4313

Oswald, S. E. S. (2013). The potential of social representations theory (SRT) for

gender equitable research. *Acta Colombiana de Psicología*, *16*(2), 63-70. https://doi.org/10.14718/ACP.2013.16.2.6

Owens, D. C. (2017). The birth of American Gynecology. In *Medical Bondage* (p. 15-41). University of Georgia Press. https://doi.org/10.2307/j.ctt1pwt69x.6

Pache, S. (2016). Entre science et politique : La question épistémologique dans l'histoire de la psychologie féministe. *Recherches féministes*, *29*(1), 33-50. https://doi.org/10.7202/1036668ar

Paricard, S. (2024). Le défaut de consentement à l'examen gynécologique constitue-t-il un viol ? *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance-Maladie*, *37*(2), 18-27. https://doi.org/10.3917/jdsam.232.0018

*Peragallo, N. P., Alba, M. L., & Tow, B. (1997). Cervical cancer screening practices among Latino women in Chicago. *Public Health Nursing*, *14*(4), 251–255. https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.1997.tb00298.x

Peretti-Watel, P., & Moatti, J.-P. (2009). *Le principe de prévention : Le culte de la santé et ses dérives.* Éditions du Seuil et La République des Idées.

Piana, L., Leandri, F.-X., Jacqueme, B., Heid, P., Corti, J., Andrac-Meyer, L., & Sancho-Garnier, H. (2007). Le dépistage organisé des cancers du col utérin pour les femmes en situation médicosociale défavorisée. Campagnes expérimentales du département des Bouches-du-Rhône. *Bulletin du Cancer*, *94*(5), 461-467.

Piet, E. (2016). Protection maternelle et infantile, centres de planification : Santé sexuelle et modalités d'intervention. *La Santé en action*, *438*, 24-26.

Pinell, P. (2005). Champ médical et processus de spécialisation. *Actes de la recherche en sciences sociales*, *156-157*(1), 4-36. https://doi.org/10.3917/arss.156.0004

Piszczek, C. C., Foley, C. C., Farag, S., Northup, M., Overcarsh, P., Wiedrick, J., Yunker, A. C., & Ecker, A. C. (2022). Social media utilization, preferences, and patterns of behavior in patients with gynecologic pelvic pain. *American Jounral of Obsetrics & Gynecology*, *226*(547), e1-547.e14. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.10.039

Pitts, V. (2004). Illness and Internet empowerment : Writing and reading breast cancer in cyberspace. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, *8*(1), 33-59.

https://doi.org/10.1177/1363459304038794

Pla, A., Choné, P., & Coudin, É. (2020). Médecins en secteur 2 : Les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît. *Études & Résultats DREES*, *1137*.

Plan cancer 2014-2019. (2014). *Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : Donnons les mêmes chances à tous, partout en France*.

Plourde, N., Brown, H. K., Vigod, S., & Cobigo, V. (2016). Contextual factors associated with uptake of breast and cervical cancer screening : A systematic review of the literature. *Women & Health*, *56*(8), 906-925. https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1145169

Prentice, A. M., & Jebb, S. A. (2001). Beyond body mass index. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, *2*(3), 141-147. https://doi.org/10.1046/j.1467-789x.2001.00031.x

Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2015). The transtheoretical model and stages of change. In *Health behavior : Theory, research, and practice, 5th ed* (5e éd., p. 125-148). Jossey-Bass/Wiley.

Quéré, L. (2019). Les formes ordinaires du consentement : Consciences du droit dans la consultation gynécologique. *Droit et Société*, *102*(2), 413-432. https://doi.org/10.3917/drs1.102.0413

Rahib, D., Le Guen, M., & Lydié, N. (2017). *Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent.* (Baromètres santé). Santé Publique France.

Ratinaud, P., & Marchand, P. (2012). Recherche improbable d'une homogène diversité : Le débat sur l'identité nationale. *Langages*, *187*(3), 93-107. https://doi.org/10.3917/lang.187.0093.

*Redwood-Campbell, L., Fowler, N., Laryea, S., Howard, M., & Kaczorowski, J. (2011). 'Before you teach me, I cannot know': Immigrant women's barriers and enablers with regard to cervical cancer screening among different ethnolinguistic groups in Canada. *Cancer Journal of Public Health, 102*(3), 230-34. https://doi.org/10.1007/BF03404903

Reinert, A. (1983). Une méthode de classification descendante hiérarchique : Application à l'analyse lexicale par contexte. *Les cahiers de l'analyse des*

données, *8*(2), 187-198.

Restivo, L., & Apostolidis, T. (2019). Triangulating qualitative approaches within mixed methods designs : A theory-driven proposal based on a French research in social health psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *16*(3), 392-416. https://doi.org/10.1080/14780887.2019.1605670

Restivo, L., Apostolidis, T., Bouhnik, A.-D., Garciaz, S., Aurran, T., & Julian-Reynier, C. (2016). Patients' non-medical characteristics contribute to collective medical decision-making at multidisciplinary oncological team meetings. *PLOS ONE*, *11*(5), e0154969. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154969

Restivo, L., Julian-Reynier, C., & Apostolidis, T. (2018). Pratiquer l'analyse interprétative phénoménologique : Intérêts et illustration dans le cadre de l'enquête psychosociale par entretiens de recherche. *Pratiques Psychologiques*, *24*(4), 427-449. https://doi.org/10.1016/j.prps.2017.12.001

Restivo, L., Lelaurain, S., & Apostolidis, T. (2023). Researcher triangulation in interview analyses : Inter-subjectivity as an asset or the production of original interpretative Ideas: An illustration via a French study of the intimate partner violence experience. In *The Routledge International Handbook of Innovative Qualitative Psychological Research* (p. 138-150). Routledge.

Riger, S. (1992). Epistemological debates, feminist voices : Science, social values, and the study of women. *American Psychologist*, *47*(6), 730-740. https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.6.730

Rogers, C. (1942). *La relation d'aide et la psychothérapie*. ESF Sciences Humaines.

*Rosser, J. I., Hamisi, S., Njoroge, B., & Huchko, M. J. (2015). Barriers to cervical cancer screening in rural Kenya: Perspectives from a provider survey. *Journal of Community Health*, *40*(4), 756–761. https://doi.org/10.1007/s10900-015-9996-1

Rouan, G., & Pédinielli, J.-L. (2001). Aspects épistémologiques des méthodes qualitatives. In M. Santiago-Delefosse & G. Rouan, *Les méthodes qualitatives en psychologie* (p. 39-59). Dunod.

Roussel, S. (2024). Étudier l'examen gynécologique par observation : Enjeux d'une posture féministe en psychologie sociale. In D. Fonte & S. Lelaurain, *Épistémologies féministes et psychologie. Savoirs situés, pratiques situés* (p.

161-193). Hermann.

Roussel, S., Restivo, L., & Apostolidis, T. (accepté pour publication). The gynecological examination from women's and providers' perspectives : A systematic literature review. *Psicologia e Saber Social*.

Roussel, S., Restivo, L., & Apostolidis, T. (accepté pour publication). "All naked at the gyno": Psychosocial approach to the gynaecological examination from digital media in a French context. *New Media & Society*

*Roy, B., & Tang, T. (2008). Cervical cancer screening in Kolkata, India: Beliefs and predictors of cervical cancer screening among women attending a women's health clinic in Kolkata, India. *Journal of Cancer Education*, *23*(4), 253–259. https://doi.org/10.1080/08858190802189105

Ruault, L. (2015). La force de l'âge du sexe faible : Gynécologie médicale et construction d'une *vie féminine*. *Nouvelles Questions Féministes*, *34*(1), 35-50. https://doi.org/10.3917/nqf.341.0035

Santé publique France. (2022). *Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : Définition des indicateurs de performance et format des données pour l'évaluation du programme national. Mise à jour du document d'octobre 2020*.

Santé publique France. (2024). *Bulletin. Participation au programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Période 2014-2023*.

Santiago-Delefosse, M. (2008). La psychologie peut-elle être apolitique ? *Psychologie Française*, *53*(2), 131-134. https://doi.org/10.1016/j.psfr.2008.03.004

Sassenou, J.-J. (2018). *Surdépistage par frottis cervico-utérin : Données de la cohorte Conctances* [Thèse de médecine]. Université Paris Descartes - Faculté de Médecine.

*Scarinci, I. C., Beech, B. M., Kovach, K. W., & Bailey, T. L. (2003). An examination of sociocultural factors associated with cervical cancer screening among low-income Latina immigrants of reproductive age. *Journal of Immigrants Health, 5*(3), 119-128. https://doi.org/10.1023/a:1023939801991

*Schoenberg, N. E., Hopenhayn, C., Christian, A., Knight, E. A., & Rubio, A. (2006). An in-depth and updated perspective on determinants of cervical cancer screening among central Appalachian women. *Women & Health*, *42*(2), 89–105. https://doi.org/10.1300/J013v42n02_06

Schweizer, A. (2017). L'abord de la sexualité en consultation gynécologique. *Revue Médicale Suisse*, *13*, 590-593.

Schweizer, A., Bruchez, C., & Santiago-Delefosse, M. (2013). Integrating sexuality into gynaecological consultations : Gynaecologists' perspectives. *Culture, Health & Sexuality*, *15*(2), 175-190. https://doi.org/10.1080/13691058.2012.746396

Seale, C., Charteris-Black, J., MacFarlane, A., & McPherson, A. (2010). Interviews and internet forums : A comparison of two sources of qualitative data. *Qualitative Health Research*, *20*(5), 595-606. https://doi.org/10.1177/1049732309354094

*Seow, A., Wong, M. L., Smith, W. C. S., & Lee, H. P. (1995). Beliefs and attitudes as determinants of cervical cancer screening: A community-based study in Singapore. *Preventive medicine,* *24*(2), 134-141. https://doi.org/10.1006/pmed.1995.1026

Sinha, R., Shibata, R., Patel, A., & Sternchos, J. A. (2021). Social media in minimally invasive gynecologic surgery : What is #trending on Instagram? *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, *28*(10), 1730-1734. https://doi.org/10.1016/j.jmig.2021.02.011

Skär, L., Grankvist, O., & Söderberg, S. (2020). Factors of importance for developing a trustful patient-professional relationship when women undergo a pelvic examination. *Health Care for Women International*, *41*(8), 869-882. https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1716234

Smedley, R., Coulson, N., Gavin, J., Rodham, K., & Watts, L. (2015). Online social support for Complex Regional Pain Syndrome : A content analysis of support exchanges within a newly launched discussion forum. *Computers in Human Behavior*, *51*, 53-63. https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.04.040

*Smith, A. J., Christopher, S., LaFromboise, V. R., Letiecq, B. L., & McCormick, A. K. H. G. (2008). Apsáalooke Women's Experiences with Pap Test Screening. *Cancer Control*, *15*(2), 166–173. https://doi.org/10.1177/107327480801500209

Smith, J. A. (1995). Semi structured interviewing and qualitative analysis. In J. A. Smith, R. Harre, & L. Van Langenhove (Éds.), *Rethinking Methods in Psychology* (p. 9-26). Sage Publications.

Song, F. W., West, J. E., Lundy, L., & Smith Dahmen, N. (2012). Women, pregnancy, and health information online : The making of informed patients and ideal

mothers. *Gender & Society*, *26*(5), 773-798. https://doi.org/10.1177/0891243212446336

*Sörensdotter, R., & Siwe, K. (2016). Touching the private parts : How gender and sexuality norms affect medical students' first pelvic examination. *Culture, Health & Sexuality*, *18*(11), 1295-1308. https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1182214

*Studts, C. R., Tarasenko, Y. N., & Schoenberg, N. E. (2013). Barriers to cervical cancer screening among middle-aged and older rural Appalachian women. *Journal of Community Health*, *38*(3), 500–512. https://doi.org/10.1007/s10900-012-9639-8

*Sutton, S., & Rutherford, C. (2005). Sociodemographic and attitudinal correlates of cervical screening uptake in a national sample of women in Britain. *Social Science & Medicine*, *61*(11), 2460–2465. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.017

Spencer, B. (1999). La femme sans sexualité et l'homme irresponsable. *Actes de la recherche en sciences sociales*, *128*(1), 29-33. https://doi.org/10.3406/arss.1999.3290

Tiberghien, G., & Beauvois, J.-L. (2008). Domination et impérialisme en psychologie. *Psychologie Française*, *53*(2), 135-155. https://doi.org/10.1016/j.psfr.2007.06.002

Townsend, L., & Wallace, C. (2017). Chapter 8 : The ethics of using social media data in research : A new framework. In K. Woodfield (Éd.), *The ethics of online research* (p. 189-207). Emeral Publishing Limited. https://doi.org/10.1108/S2398-601820180000002008

*Tung, W.-C., Lu, M., Granner, M., & Sohn, J. (2017). Assessing perceived benefits/barriers and self-efficacy for cervical cancer screening among Korean American women. *Health Care for Women International*, *38*(9), 945–955. https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1326495

*Twinn, S., & Cheng, F. (2000). Increasing uptake rates of cervical cancer screening amongst Hong Kong Chinese women: The role of the practitioner. *Journal of Advanced Nursing*, *32*(2), 335–342. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01481.x

US Preventive Services Task Force, Bibbins-Domingo, K., Grossman, D. C., Curry, S. J., Barry, M. J., Davidson, K. W., Doubeni, C. A., Epling, J. W., García, F. A. R., Kemper, A. R., Krist, A. H., Kurth, A. E., Landefeld, C. S., Mangione, C. M., Phillips, W. R., Phipps, M. G., Silverstein, M., Simon, M., Siu, A. L., & Tseng, C.-W. (2017). Screening for gynecologic conditions with pelvic examination : US preventive services task force recommendation statement. *JAMA*, *317*(9), 947-953. https://doi.org/10.1001/jama.2017.0807

*Vamos, C. A., Calvo, A. E., Daley, E. M., Giuliano, A. R., & López Castillo, H. (2015). Knowledge, behavioral, and sociocultural factors related to human Papillomavirus infection and cervical cancer screening among inner-city women in Panama. *Journal of Community Health*, *40*(6), 1047–1056. https://doi.org/10.1007/s10900-015-0030-4

*Van Til, L., MacQuarrie, C., & Herbert, R. (2003). Understanding the barriers to cervical cancer screening among older women. *Qualitative Health Research*, *13*(8), 1116–1131. https://doi.org/10.1177/1049732303255975

Vuille, M. (2016). Gynécologie. In J. Rennes & C. Achin (Éds.), *Encyclopédie critique du genre : Corps, sexualité, rapports sociaux* (p. 283-292). La Découverte.

Vuille, M., Rey, S., Fussinger, C., & Cresson, G. (2006). La santé est politique. *Nouvelles Questions Féministes*, *25*(2), 4-15. https://doi.org/10.3917/nqf.252.0004

Wagner, W., Duveen, G., Farr, R., Jovchelovitch, S., Lorenzi-Cioldi, F., Marková, I., & Rose, D. (1999). Theory and method of social representations. *Asian Journal of Social Psychology*, *2*(1), 95-125. https://doi.org/10.1111/1467-839X.00028

*Walker, J., & Allan, H. T. (2014). Cervical screening and the aftermath of childhood sexual abuse : Are clinical staff trained to recognise and manage the effect this has on their patients? *Journal of Clinical Nursing*, *23*(13-14), 1857-1865. https://doi.org/10.1111/jocn.12390

*Wall, K. M., Rocha, G. M. N., Salinas-Martínez, A. M., Baraniuk, S., & Day, R. S. (2010). Modifiable barriers to cervical cancer screening adherence among working women in Mexico. *Journal of Women's Health*, *19*(7), 1263–1270. https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1572

*Waller, J, Jackowska, M., Marlow, L., & Wardle, J. (2012). Exploring age differences in reasons for nonattendance for cervical screening: A qualitative study: Age differences in barriers to cervical screening. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *119*(1), 26–32. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03030.x

*Waller, Jo, Bartoszek, M., Marlow, L., & Wardle, J. (2009). Barriers to cervical cancer screening attendance in England: A population-based survey. *Journal of Medical Screening*, *16*(4), 199–204. https://doi.org/10.1258/jms.2009.009073

*Wanyenze, R. K., Bwanika, J. B., Beyeza-Kashesya, J., Mugerwa, S., Arinaitwe, J., Matovu, J. K. B., Gwokyalya, V., Kasozi, D., Bukenya, J., & Makumbi, F. (2017). Uptake and correlates of cervical cancer screening among HIV-infected women attending HIV care in Uganda. *Global Health Action*, *10*(1), 1380361. https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1380361

*Watkins, M., Gabali, C., Winkleby, M., Gaona, E., & Lebaron, S. (2002). Barriers to cervical cancer screening in rural Mexico. *International Journal of Gynecological Cancer, 12*, 475-479. https://doi.org/10.1046/j.1525-1438.2002.01170.x

Weisstein, N. (1971). Psychology constructs the female : Or, the fantasy life of the male psychologist (wish some attention to the fantasies of his friends, the male biologist and the male anthropologist). *Social Education*, *35*(4), 362-373.

Weisz, G. (2006). *Divide and Conquer. A comparative history of medical specialization*. Oxford University Press.

*White, G. E. (1995). Older women's attitudes to cervical screening and cervical cancer: A New Zealand experience. *Journal of Advanced Nursing*, *21*(4), 659–666. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21040659.x

Whitehead, L. C. (2007). Methodological and ethical issues in Internet-mediated research in the field of health : An integrated review of the literature. *Social Science & Medicine*, *65*(4), 782-791. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.005

Wilkinson, S. (1986). Feminist social psychology : Evolving paradigms. *Equal Opportunities International*, *5*(3), 39-42. https://doi.org/10.1108/eb010458

Wilkinson, S. (1988). The role of reflexivity in feminist psychology. *Women's Studies International Forum*, *11*(5), 493-502. https://doi.org/10.1016/0277-

5395(88)90024-6

*Wong, L. P., Wong, Y. L., Low, W. Y., Khoo, E. M., & Shuib, R. (2008). Cervical cancer screening attitudes and beliefs of Malaysian women who have never had a pap smear: A qualitative study. *International Journal of Behavioral Medicine*, *15*(4), 289–292. https://doi.org/10.1080/10705500802365490

*Woo, J. S. T., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2009). The role of sexuality in cervical cancer screening among Chinese women. *Health Psychology*, *28*(5), 598–604. https://doi.org/10.1037/a0015986

*Wood, K., Jewkes, R., & Abrahams, N. (1997). Cleaning the womb: Constructions of cervical screening and womb cancer among rural Black women in South Africa. *Social Science & Medicine*, *45*(2), 283–294. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00344-9

*Yanikkerem, E., Goker, A., Piro, N., Dikayak, S., & Koyuncu, F. M. (2013). Knowledge about cervical cancer, Pap test and barriers towards cervical screening of women in Turkey. *Journal of Cancer Education*, *28*(2), 375–383. https://doi.org/10.1007/s13187-012-0409-1

*Yoo, G. J., Le, M. N., Vong, S., Lagman, R., & Lam, A. G. (2011). Cervical cancer screening: Attitudes and behaviors of young Asian American women. *Journal of Cancer Education*, *26*(4), 740–746. https://doi.org/10.1007/s13187-011-0230-2

Table des tableaux

Tableau 1. Fréquence des items utilisés dans la littérature pour étudier l'EG (chapitre 2) 68
Tableau 2. Fréquence des études évaluant des relations entre des catégories d'items et des variables associées (chapitre 2) 71
Tableau 3. Classes extraites par l'analyse CHD et sous-thématiques associées (chapitre 5) 144
Tableau 4. Répartition des observations en fonction des lieux (chapitre 6) 158
Tableau 5. Liste des professionnel·le·s participant·e·s et principales caractéristiques (chapitre 6) 166
Tableau 6. Caractéristiques socio-démographiques des patientes en fonction des terrains de recherche (chapitre 6) 169
Tableau 7. Type et nombre d'examens réalisés (chapitre 6) 174
Tableau 8. Occurrence des principales catégories en consultation (chapitre 6) 190
Tableau 9. Liste des participant·e·s et principales caractéristiques (chapitre 7) 248
Tableau 10. Axes thématiques et sous-thématiques principales (chapitre 7) 250
Tableau 11. Listes des participantes et principales caractéristiques (chapitre 7) 298
Tableau 12. Axes thématiques et sous-thématiques principales (chapitre 7) 301

Table des figures

Figure 1. Position du spéculum dans le vagin (source : Ameli) (chapitre 1) 22
Figure 2. La position gynécologique (source : Ameli) (chapitre 1) 23
Figure 3. Arbre décisionnel pour la pratique de l'examen pelvien pour les fes non-enceintes (source : Deffieux et al., 2023) (chapitre 1) 42
Figure 4. Diagramme du processus de sélection des études selon la méthode PRISMA (chapitre 2) 64
Figure 5. Répartition des articles sélectionnés (chapitre 2) 66
Figure 6. Le regard psychosocial appliqué à l'examen gynécologique (chapitre 3) 88
Figure 7. Schématisation de l'approche psychosociale appliquée à la consultation gynécologique (chapitre 3) 102
Figure 8. Schématisation de la stratégie de recherche (chapitre 4) 129
Figure 9. Schéma récapitulatif du processus de sélection des données (chapitre 5) 133
Figure 10. Résultats de l'analyse par classification hiérarchique descendante (chapitre 5) 137
Figure 11. Schématisation d'un bureau de consultation durant l'interrogatoire (chapitre 6) 156
Figure 12. Schématisation d'un bureau de consultation durant l'EG (chapitre 6) 157
Figure 13. Grille d'observation (chapitre 6) 162
Figure 14. Schématisation des interactions en présence d'une tierce personne (chapitre 6) 177
Figure 15. Les formes du consentement en consultation gynécologique (chapitre 6) 217

Table des annexes

Annexe 1. Dépliant sur le dépistage du CCU de l'INCa 400
Annexe 2. Exemples de sites internet sur la consultation gynécologique 401
Annexe 3. Principales caractéristiques des études sélectionnées 402
Annexe 4. Doctissimo 407
Annexe 5. Page d'accueil de la page Facebook PayeTonGynéco 409
Annexe 6. Page d'accueil du Tumblr PayeTonGynéco 410
Annexe 7. Note sur la correction morpho-syntaxique opérée sur le corpus 411
Annexe 8. Avis du comité d'éthique - observations 412
Annexe 9. Description des différents terrains 413
Annexe 10. Note méthodologique sur la construction de la grille d'observation 420
Annexe 11. Questionnaire à destination des praticien·ne·s participant·e·s 425
Annexe 12. Principaux axes et catégories de la grille d'analyse des observations de consultations gynécologiques 427
Annexe 13. Avis du comité d'éthique – entretiens 429
Annexe 14. Guide d'entretien 430
Annexe 15. Questionnaire à destination des praticien·ne·s 432
Annexe 16. Questionnaire à destination des femmes 433
Annexe 17. Grille d'analyse thématique auprès des professionnel·le·s 436
Annexe 18. Grille d'analyse thématique auprès des femmes 460

Annexe 1. Dépliant sur le dépistage du CCU de l'INCa

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est recommandé à toutes les femmes de 25 à 65 ans, ayant ou ayant eu des rapports sexuels, et après la ménopause. Il s'adresse également aux femmes qui sont vaccinées contre les HPV. **Le test de dépistage doit être réalisé tous les 3 ans,** après deux premiers tests réalisés à 1 an d'intervalle et dont les résultats sont normaux.

–

Parlez-en avec un médecin ou une sage-femme.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur e-cancer.fr

Réalisation : Institut national du cancer – INCa – 52, avenue André-Morizet – 92513 Boulogne-Billancourt Cedex – Tél. : 01 41 10 50 00 – Juillet 2018 – DEPICOM

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

DÈS 25 ANS, UN TEST À RÉALISER TOUS LES 3 ANS

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

POURQUOI CE DÉPISTAGE EST IMPORTANT ?

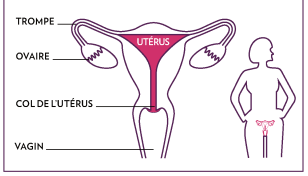
Le cancer du col de l'utérus est causé par des virus appelés **« papillomavirus humains » (HPV)**. Très fréquents, ces virus se transmettent le plus souvent **lors de rapports sexuels,** avec ou sans pénétration. Le préservatif ne permet pas de s'en protéger complètement. Il arrive que l'infection due aux HPV entraîne des **lésions au niveau du col de l'utérus,** qui peuvent évoluer vers un cancer.

Détecter tôt d'éventuelles lésions ou un cancer

Le test de dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur **l'analyse de cellules** (examen cytologique) **prélevées au niveau du col de l'utérus** (prélèvement cervico-utérin/frottis). Il permet de repérer le plus tôt possible d'éventuelles lésions précancéreuses au niveau du col de l'utérus, de les surveiller ou de les soigner et ainsi, de prévenir l'apparition d'un cancer. Si un cancer est détecté, en général, les soins seront plus légers et permettront de préserver davantage la fertilité.

90 % des cancers du col de l'utérus peuvent être évités

Où se situe le col de l'utérus ?



EN PRATIQUE

1 Le rendez-vous

Vous pouvez prendre rendez-vous auprès :
- d'un gynécologue ;
- d'un médecin généraliste ;
- d'une sage-femme (pendant mais aussi en dehors du suivi de grossesse) ;
- d'un centre de santé, un centre mutualiste, un centre de planification et d'éducation familiale ou un hôpital ;
- de certains laboratoires de biologie médicale.

2 Le test de dépistage

L'examen se fait en position gynécologique.
Le professionnel de santé prélève délicatement des cellules au niveau du col de l'utérus afin de les analyser.
Cela prend quelques minutes, n'est pas douloureux, même si une gêne peut être ressentie.

3 Les résultats

Le prélèvement est envoyé à un cabinet ou laboratoire spécialisé pour analyse par un médecin anatomo-cytopathologiste. Après quelques jours, vous recevrez vos résultats.

Dans 96 % des cas, le résultat est normal
Cela signifie qu'aucune anomalie pouvant correspondre à des lésions précancéreuses ou à un cancer n'a été détectée au moment du dépistage. N'oubliez pas de refaire le test de dépistage tous les 3 ans ou 1 an après si c'est votre premier dépistage.

Dans 4 % des cas, le résultat est anormal
Cela ne signifie pas que vous avez un cancer mais qu'une anomalie a été détectée. Votre médecin ou votre sage-femme vous indiquera les examens complémentaires nécessaires et vous orientera, si besoin, vers un professionnel de santé spécialisé.

LA PRISE EN CHARGE

La consultation chez le professionnel de santé est prise en charge dans les conditions habituelles par votre caisse d'assurance maladie et votre complémentaire santé.
- Si vous avez reçu un courrier d'invitation, le test de dépistage est pris en charge à 100 % sans avance de frais.
- Si vous bénéficiez de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), la prise en charge de la consultation et du test est à 100 % sans avance de frais et sans dépassement d'honoraires.

POUR TOUTES LES FEMMES DÈS 25 ANS

Le dépistage s'inscrit dans le cadre d'un programme national organisé. Il a pour objectifs de réduire le nombre de nouveaux cas de cancers du col de l'utérus et la mortalité liée à ce cancer, d'améliorer l'information ainsi que la qualité du suivi ou des soins. Il garantit à chaque femme un accès égal au dépistage sur l'ensemble du territoire et un niveau de qualité élevé.

Face au cancer du col de l'utérus, il y a deux moyens pour agir

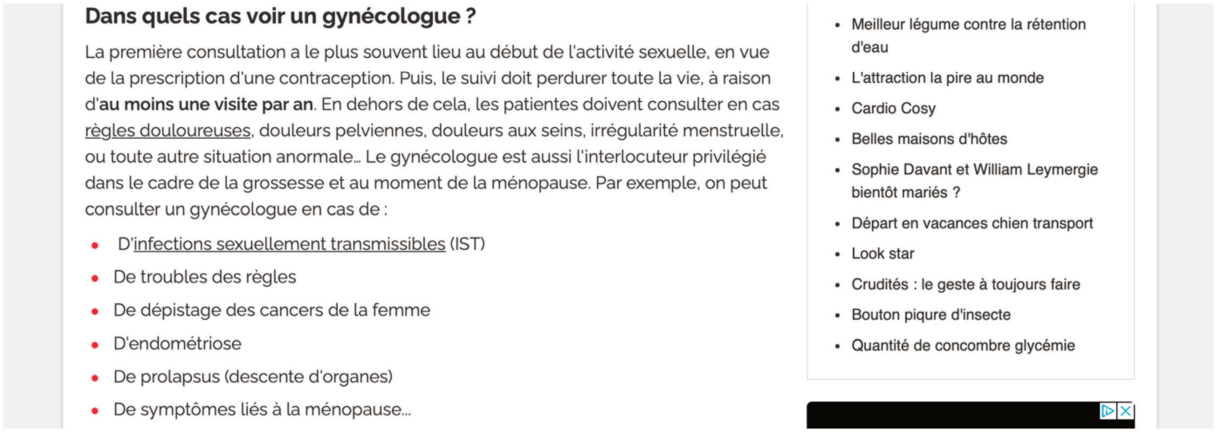
Se faire vacciner contre les HPV entre 11 ans et 14 ans. La vaccination peut également être proposée en rattrapage jusqu'à 19 ans inclus.

Réaliser un test de dépistage tous les 3 ans, entre 25 et 65 ans, que l'on soit vaccinée ou non.

Information relative au traitement de vos données personnelles et à vos droits
Au titre de leur mission de service public, les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers constituent des fichiers d'invitation à partir d'un traitement de données automatisé et assurent le suivi des personnes concernées par le dépistage. A ces fins, ils recueillent des données concernant votre identité et votre santé auprès des caisses d'assurance maladie et des professionnels de santé concernés. Le centre de votre région conservera l'ensemble de vos données jusqu'à la fin de votre suivi. Les données nécessaires à votre suivi médical seront transmises aux professionnels de santé concernés. Les données nécessaires aux évaluations et travaux statistiques seront communiquées aux structures publiques en charge de ces missions, dont l'Institut national du cancer et Santé publique France. Conformément au Règlement général sur la protection des données 2016/679 et à la loi informatique et libertés n°78-17 modifiée, vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification, d'effacement, d'un droit à la portabilité de vos données et d'un droit à la limitation de leur traitement que vous pouvez exercer en écrivant au centre régional de coordination des dépistages des cancers de votre région. Vous trouverez ses coordonnées auprès de votre médecin ou de votre sage-femme. Un recours peut être introduit auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Annexe 2. Exemples de sites internet sur la consultation gynécologique

Page d'un site de santé à destination des femmes sur la consultation gynécologique (Source :https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sante-du-quotidien/2537020-gynecologue-role-indications-deroule-consultation/



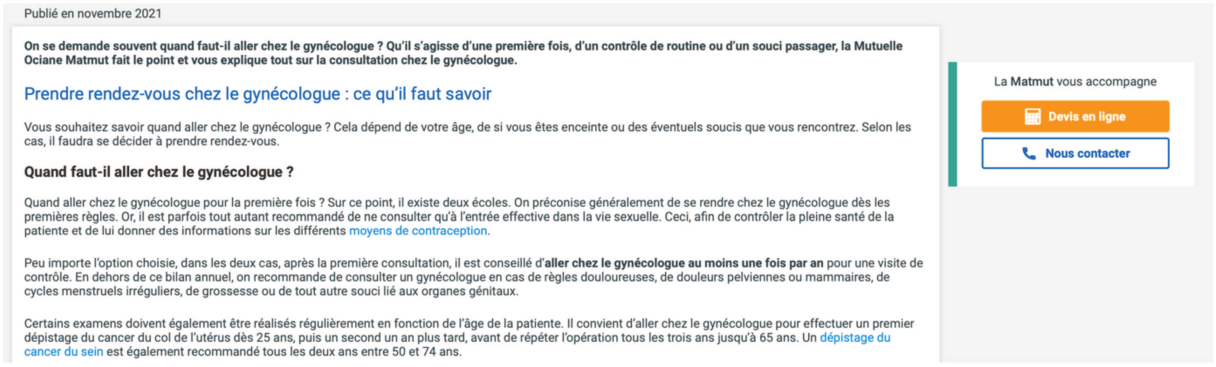
Dans quels cas voir un gynécologue ?

La première consultation a le plus souvent lieu au début de l'activité sexuelle, en vue de la prescription d'une contraception. Puis, le suivi doit perdurer toute la vie, à raison d'**au moins une visite par an**. En dehors de cela, les patientes doivent consulter en cas règles douloureuses, douleurs pelviennes, douleurs aux seins, irrégularité menstruelle, ou toute autre situation anormale… Le gynécologue est aussi l'interlocuteur privilégié dans le cadre de la grossesse et au moment de la ménopause. Par exemple, on peut consulter un gynécologue en cas de :

- D'infections sexuellement transmissibles (IST)
- De troubles des règles
- De dépistage des cancers de la femme
- D'endométriose
- De prolapsus (descente d'organes)
- De symptômes liés à la ménopause…

- Meilleur légume contre la rétention d'eau
- L'attraction la pire au monde
- Cardio Cosy
- Belles maisons d'hôtes
- Sophie Davant et William Leymergie bientôt mariés ?
- Départ en vacances chien transport
- Look star
- Crudités : le geste à toujours faire
- Bouton piqure d'insecte
- Quantité de concombre glycémie

Page d'un site mutualiste sur la consultation gynécologique (Source : https://www.matmut.fr/mutuelle/conseils/aller-chez-gynecologue)



Publié en novembre 2021

On se demande souvent quand faut-il aller chez le gynécologue ? Qu'il s'agisse d'une première fois, d'un contrôle de routine ou d'un souci passager, la Mutuelle Ociane Matmut fait le point et vous explique tout sur la consultation chez le gynécologue.

Prendre rendez-vous chez le gynécologue : ce qu'il faut savoir

Vous souhaitez savoir quand aller chez le gynécologue ? Cela dépend de votre âge, de si vous êtes enceinte ou des éventuels soucis que vous rencontrez. Selon les cas, il faudra se décider à prendre rendez-vous.

Quand faut-il aller chez le gynécologue ?

Quand aller chez le gynécologue pour la première fois ? Sur ce point, il existe deux écoles. On préconise généralement de se rendre chez le gynécologue dès les premières règles. Or, il est parfois tout autant recommandé de ne consulter qu'à l'entrée effective dans la vie sexuelle. Ceci, afin de contrôler la pleine santé de la patiente et de lui donner des informations sur les différents moyens de contraception.

Peu importe l'option choisie, dans les deux cas, après la première consultation, il est conseillé d'**aller chez le gynécologue au moins une fois par an** pour une visite de contrôle. En dehors de ce bilan annuel, on recommande de consulter un gynécologue en cas de règles douloureuses, de douleurs pelviennes ou mammaires, de cycles menstruels irréguliers, de grossesse ou de tout autre souci lié aux organes génitaux.

Certains examens doivent également être réalisés régulièrement en fonction de l'âge de la patiente. Il convient d'aller chez le gynécologue pour effectuer un premier dépistage du cancer du col de l'utérus dès 25 ans, puis un second un an plus tard, avant de répéter l'opération tous les trois ans jusqu'à 65 ans. Un dépistage du cancer du sein est également recommandé tous les deux ans entre 50 et 74 ans.

La **Matmut** vous accompagne

Devis en ligne

Nous contacter

Annexe 3. Principales caractéristiques des études sélectionnées

Référence	Pays	Population	Méthode	Cadre théorique
Abdullahi (2009)	UK	50 femmes (minorité ethnique) (25-64 ans)	Qualit.	Aucun
Abotchie (2009)	Ghana	140 femmes (20-35 ans)	Quantit.	*Health Belief Model*
Acharya (2017)	Népal	180 femmes (30-60 ans)	Quantit.	*Health Belief Model*
Ackerson (2012)	US	15 femmes (minorité ethnique) with history of interpersonal trauma (18-65 ans)	Qualit.	*Interaction Model of Client Behavior*
Ackerson (2010)	US	24 femmes (minorité ethnique) (16-60 ans)	Qualit.	*Interaction Model of Client Behavior*
Adams (2015)	US	291 femmes (40-65 ans) and 1316 médecins (26-88 ans)	Quantit.	Aucun
Agénor (2015)	US	18 femmes (minorités ethnique et sexuel) (22-44 ans)	Qualit.	*Black feminism*
Akinlotan (2017)	US	433 femmes à faible revenu et non assurées	Quantit.	Aucun
Al Sairafi (2009)	Koweït	281 femmes (19-66 ans)	Quantit.	Aucun
Albuquerque (2014)	Brésil	493 femmes (15-60 ans)	Quantit.	Aucun
Al-Hammadi (2017)	Émirats arabes unis	599 femmes	Quantit.	Aucun
Al-naggar (2010)	Malaisie	285 femmes (18-30 ans)	Quantit.	Aucun
Al-naggar (2010)	Malaisie	23 étudiant·e·s de médecine (22-26 ans)	Qualit.	Aucun
Anaman-Torgbor (2017)	Australie	19 femmes (minorité ethnique)	Qualit.	Aucun
Anandan (2014)	UK	64 femmes (minorité ethnique) et 73 femmes (18-30 ans)	Qualit.	Aucun
Arabaci (2012)	Turquie	17 femmes (36-49 ans)	Qualit.	Aucun
Arevian (1997)	Liban	290 femmes	Quantit.	Aucun
Armstrong (2012)	UK	34 femmes (26-60 ans)	Qualit.	*Interaction Order*
Arulogun (2012)	Nigeria	503 femmes (infirmières)	Quantit.	Aucun
Augusto (2013)	Brésil	351 femmes (17-79 ans)	Quantit.	Aucun
Awodele (2011)	Nigeria	200 femmes (nurses)	Quantit.	Aucun
Bahmani (2016)	Iran	30 femmes	Qualit.	*Precaution Adoption Process Model*
Barling (1996)	Australie	72 femmes (18-63 ans)	Quantit.	Théorie de l'Action Raisonnée
Baskaran (2013)	Malaisie	369 femmes (21-65 ans)	Quantit.	Aucun
Bayu (2016)	Ethiopie	1186 femmes	Quantit.	*Health Belief Model*
Bessler (2007)	Jamaïque	367 femmes (25-54 ans)	Quantit.	*Health Belief Model*
Black (2011)	Canada	80 femmes (20-29 ans)	Qualit.	Aucun

Bottorff (2001)	Canada	35 femmes (minorité ethnique)	Qualit.	Aucun
Boyer (2001)	US	20 femmes (minorité ethnique) (18-65 ans)	Qualit.	Aucun
Boyer (2014)	Canada	484 femmes	Quantit.	Aucun
Broughton (2000)	UK	18 femmes ayant des troubles d'apprentissage (40-49 ans)	Qualit.	Aucun
Brown (2011)	US	44 femmes (minorités ethniques)	Qualit.	Aucun
Bukirwa (2015)	Ouganda	25 femmes avec une infection au VIH	Qualit.	Aucun
Byrd (2007)	US	84 femmes (minorité ethnique) (18-61 ans)	Qualit.	Aucun
Byrd (2004)	US	189 femmes (minorité ethnique) (18-25 ans)	Quantit.	*Health Belief Model*
Cadman (2012)	UK	124 femmes avec des antécédents d'abus sexuels	Mixte	Aucun
Catarino (2016)	Suisse	386 femmes	Quantit.	Aucun
Chang (2013)	Canada	13 femmes (minorité ethnique)	Qualit.	Aucun
Chaowawanit (2016)	Thaïlande	4339 femmes	Quantit.	Aucun
Chen (2008)	Taïwan	20 gynécologues (29-59 ans)	Qualit.	Aucun
Chen (2009)	Taïwan	20 médecins (29-59 ans) et 25 infirmières(24-54 ans)	Quantit.	Aucun
Chigbu (2014)	Nigeria	678 femmes (25-86 ans)	Quantit.	Aucun
Christian (2015)	Barbade	14 femmes (20-60 ans)	Qualit.	Aucun
Cooper (2015)	US	892 médecins généralistes	Quantit.	Aucun
Crombie (1995)	UK	339 femmes	Quantit.	Aucun
Curmi (2015)	Australie	9 femmes (minorité sexuelle)	Qualit.	Féminisme
Do (2013)	US	265 femmes (minorité ethnique)	Quantit.	*Health Belief Model*
Durant (1987)	US	112 adolescentes (12-19 ans) and 4 médecins	Quantit.	Aucun
Ekechi (2014)	UK	937 femmes (minorités ethniques) (18-78 ans)	Quantit.	Aucun
El Mhamdi (2012)	Tunisie	900 femmes	Quantit.	Aucun
Esin (2011)	Turquie	300 femmes mariées (16-79 ans)	Quantit.	*Health Belief Model*
Fang (2013)	US	44 femmes (minorité ethnique) (18-61ans)	Qualit.	Aucun
Fernandes (2009)	Brésil	267 femmes (15-69 ans)	Quantit.	Aucun
Fernandez-Esquer (2004)	US	360 femmes (minorité ethnique)	Quantit.	*Health Belief Model* et Théorie de l'Action Raisonné
Fitch (1998)	Canada	110 femmes à faible revenu	Qualit.	Aucun
Fletcher (2014)	US	33 femmes avec une infection au VIH (26-61ans)	Qualit.	*Health Belief Model*
Gao (2008)	Nouvelle Zélande	234 femmes (minorité ethnique)	Quantit.	*PRECEDE Model*

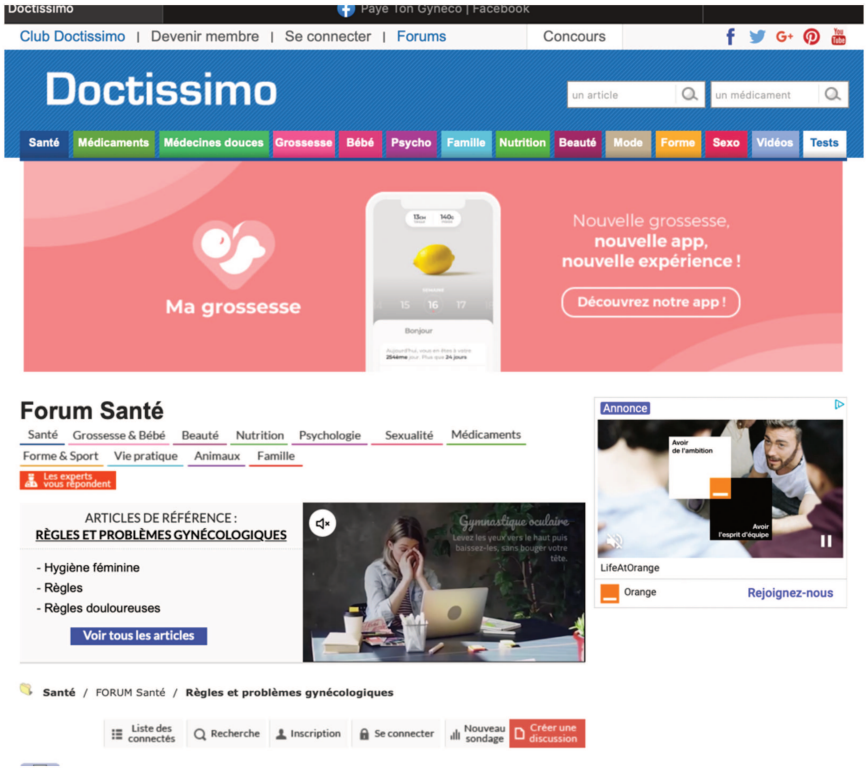
Gatumo (2018)	Kenya	451 femmes	Quantit.	*Health Belief Model*
Grundström (2011)	Suède	9 femmes (18-23 ans)	Qualit.	Aucun
Guilfoyle (2007)	US	98 femmes plus âgées	Qualit.	*Health Belief Model*
Günes (2016)	Turquie	320 femmes (18-50 ans)	Quantit.	Aucun
Harlan (1991)	US	12145 femmes	Quantit.	Aucun
Hatcher (2011)	US	345 femmes (minorité ethnique)	Quantit.	*PRECEDE-PROCEED Model*
Hislop (2003)	Canada	512 femmes (minorité ethnique)	Quantit.	*PRECEDE-PROCEED Model*
Hweissa (2016)	Lybie	16 professionnel·le·s de santé	Qualit.	Aucun
Hyman (2002)	Canada	64 professionnel·le·s de santé	Quantit.	Aucun
Ideström (2007)	Suède	156 sage-femmes	Quantit.	Aucun
Jameson (1999)	Nouvelle Zélande	20 femmes (minorité ethnique) (20-53 ans)	Qualit.	Aucun
Kesic (2005)	Serbie	776 femmes	Quantit.	Aucun
Khan (2014)	US	40 femmes avec des antécédents d'abus sexuel (18-65 ans)	Quantit.	Aucun
Kim (2004)	US	16 femmes (minorité ethnique) (35-76 ans)	Qualit.	Aucun
Kim (2017)	US	32 femmes (minorité ethnique) (25-65 ans)	Qualit.	Aucun
Kling (2017)	US	671 femmes	Quantit.	Aucun
Korfage (2012)	Pays-Bas	1352 femmes (27-60 ans)	Quantit.	Aucun
Kue (2017)	US	97 femmes (minorité ethnique)	Quantit.	Aucun
Kwak (2009)	US	1224 femmes (minorité ethnique)	Quantit.	*Transtheoretical Model*
Kwok (2011)	Australie	18 femmes (minorité ethnique) (28-68 ans)	Qualit.	Aucune
Larsen (1997)	Norvège	13 femmes (16-80 ans)	Qualit.	Théorie féministe
Lee (2000)	US	102 femmes (minorité ethnique)	Qualit.	*Health Belief Model*
Lerman (1990)	US	140 femmes	Quantit.	Aucun
Logan (2011)	UK	48 femmes dans un quartier socialement défavorisé (35-55 ans)	Qualit.	Aucun
Lovell (2007)	Nouvelle Zélande	17 femmes (minorités ethniques)	Qualit.	Aucun
Lyimo (2012)	Tanzanie	354 femmes (18-69 ans)	Quantit.	Aucun
Ma (2013)	US	1450 femmes (minorité ethnique)	Quantit.	*Health Belief Model*
Magee (2005)	US	35 femmes en prison (26-74 ans) and 10 informateurs clefs	Qualit.	Aucun
Marlow (2015)	UK	43 femmes (minorités ethniques) and 11 femmes (28-63 ans)	Qualit.	Aucun
Marlow (2018)	UK	29 femmes (25-65 ans)	Qualit.	*Precaution Adoption Process Model*

Matin (2004)	US	15 femmes musulmanes (18-25 ans)	Qualit.	Aucun
McIntyre (2010)	Canada	7 femmes (minorité sexuelle) (43-54 ans)	Qualit.	Aucun
Michielutte (1999)	US	378 femmes (minorité ethnique)	Quantit.	*PRECEDE-PROCEED model*
Modibbo (2015)	Nigeria	49 femmes musulmanes et chrétiennes	Qualit.	Aucun
Moen (2018)	Norvège	32 professionnel·le·s de santé (30-70 ans)	Qualit.	Aucun
Mutyaba (2006)	Ouganda	285 professionnel·le·s de santé	Quantit.	Aucun
Nathoo (1988)	UK	17 femmes	Quantit.	Aucun
Ndejjo (2017)	Ouganda	119 femmes (25-49 ans) and 11 informateurs clefs	Qualit.	Aucun
Nunez-Troconis (2013)	Venezuela	500 femmes (14-83 ans)	Quantit.	Aucun
Nwabichie (2018)	Malaisie	320 femmes (18-69 ans)	Quantit.	Aucun
O'Brien (2009)	Canada	8 femmes (minorité ethnique)	Qualit.	Aucun
Orbell (1996)	UK	614 femmes	Quantit.	*Health Belief Model*
Oscarsson (2007)	Suède	15 adolescentes	Qualit.	Aucun
Oscarsson (2008)	Suède	133 femmes (28-65 ans)	Quantit.	Aucun
Oscarsson (2008)	Suède	14 femmes (33-64 ans)	Qualit.	Aucun
Oshima (2013)	Japon	15 femmes (20-22 ans)	Qualit.	Aucun
Peragallo (1997)	US	111 femmes (minorité ethnique)	Quantit.	Aucun
Redwood-Campbell (2011)	Canada	77 femmes mariées (minorités ethniques) (35-69 ans)	Qualit.	Aucun
Rosser (2015)	US	106 professionnel·le·s de santé	Quantit.	Aucun
Roy (2008)	Inde	299 femmes	Quantit.	*Health Belief Model*
Scarinci (2003)	US	114 femmes (minorité ethnique) and 111 femmes	Mixte	*PEN-3 Model*
Schoenberg (2006)	US	25 femmes (minorité ethnique) (45-64 ans)	Qualit.	Aucun
Seow (1995)	Singapoure	640 femmes (21-65 ans)	Quantit.	*Health Belief Model*
Smith (2008)	US	101 femmes (minorité ethnique) (18-81 ans)	Mixte	Aucun
Sörensdotter (2016)	Suède	25 étudiant·e·s de médecine (21-34 ans)	Qualit.	*Theories of gender, sexuality and the body*
Studts (2013)	US	345 femmes plus âgées (minorité ethnique) (40-64 ans)	Quantit.	*PRECEDE-PROCEED Model*
Sutton (2005)	UK	1307 femmes (20-64 ans)	Quantit.	Aucun
Tung (2017)	US	102 femmes (minorité ethnique)	Quantit.	*Transtheoretical Model*
Twinn (2000)	Hong Kong	52 femmes (25-71 ans)	Qualit.	Aucun

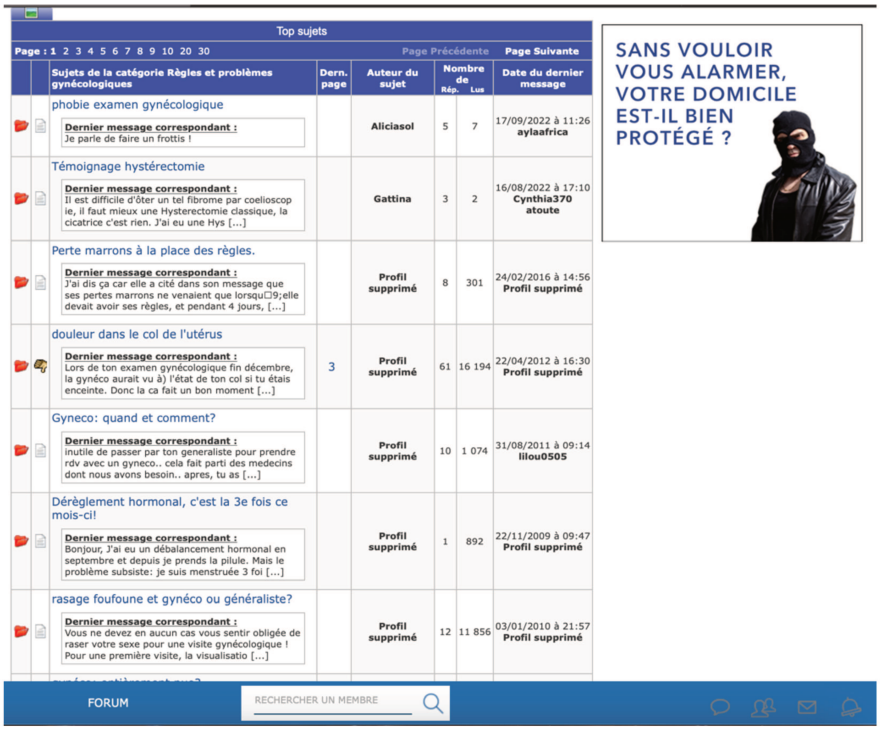
Vamos (2015)	Panama	324 femmes	Quantit.	Théorie sociocognitive
Van Til (2003)	Canada	60 femmes plus âgées (46-70 ans)	Qualit.	*Population Health Promotion Model*
Walker (2014)	UK	51 professionnel·le·s de santé	Mixte	Aucun
Wall (2010)	Mexique	229 femmes	Quantit.	Aucun
Waller (2012)	UK	12 professionnel·le·s de santé (30-59 ans) and 46 femmes (25-49 ans)	Qualit.	*Health Belief Model*
Waller (2009)	UK	580 femmes (26-64 ans)	Quantit.	Aucun
Wanyenze (2017)	Ouganda	5198 femmes avec une infection au VIH (15-49 ans)	Quantit.	Aucun
Watkins (2002)	Mexique	97 femmes (16-66 ans)	Qualit.	Aucun
White (1995)	Nouvelle Zélande	16 femmes plus âgées (45-70 ans)	Qualit.	Aucun
Wong (2008)	Malaisie	20 femmes (21-56 ans)	Qualit.	Aucun
Woo (2009)	Canada	260 femmes (minorité ethnique) and 216 femmes	Quantit.	Aucun
Wood (1997)	Afrique du Sud	55 femmes (19-70 ans)	Qualit.	Aucun
Yanikkerem (2013)	Turquie	1101 femmes	Quantit.	Aucun
Yoo (2011)	US	304 femmes (minorité ethnique)	Quantit.	Aucun

Annexe 4. Doctissimo

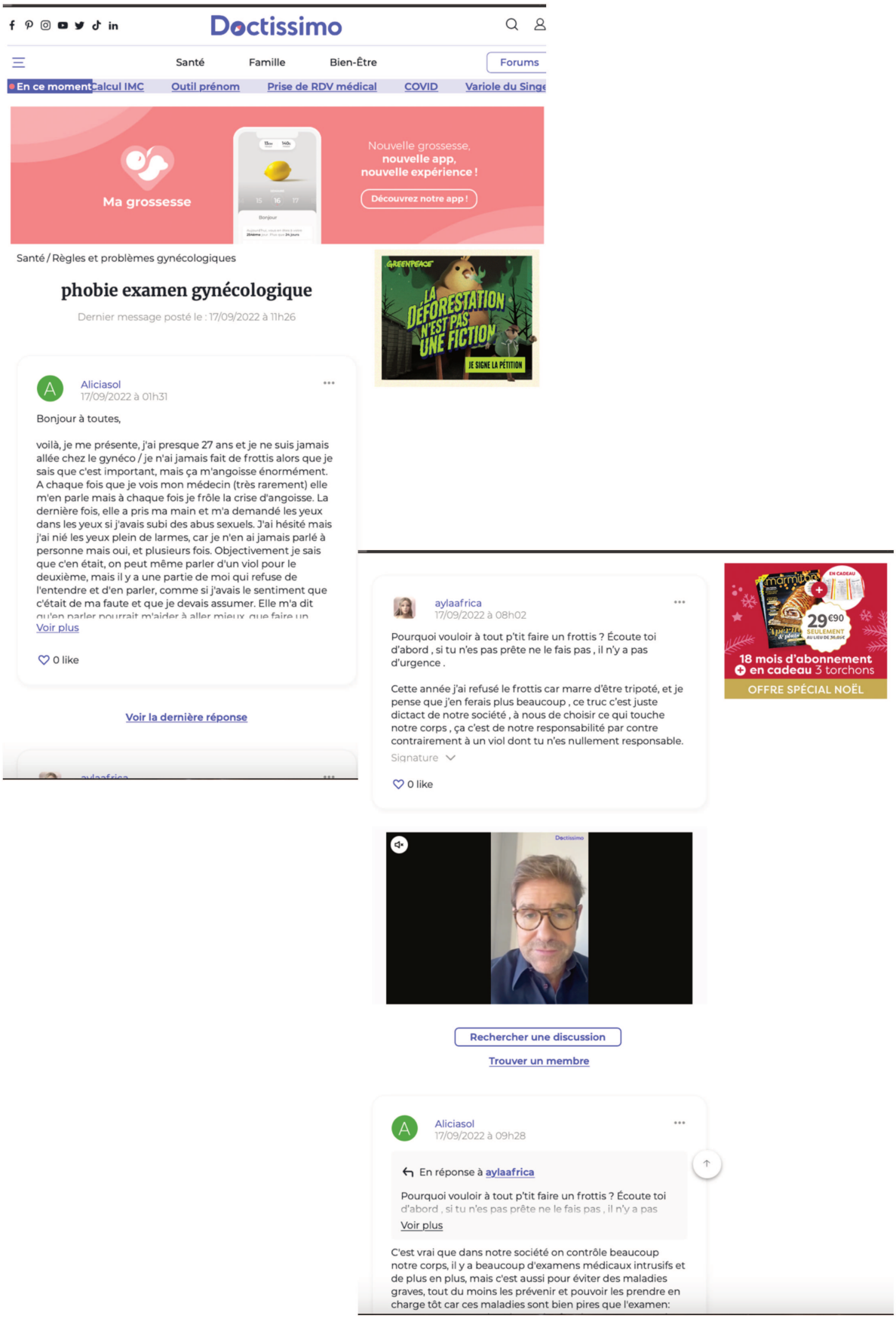
1. Page d'accueil du site Doctissimo



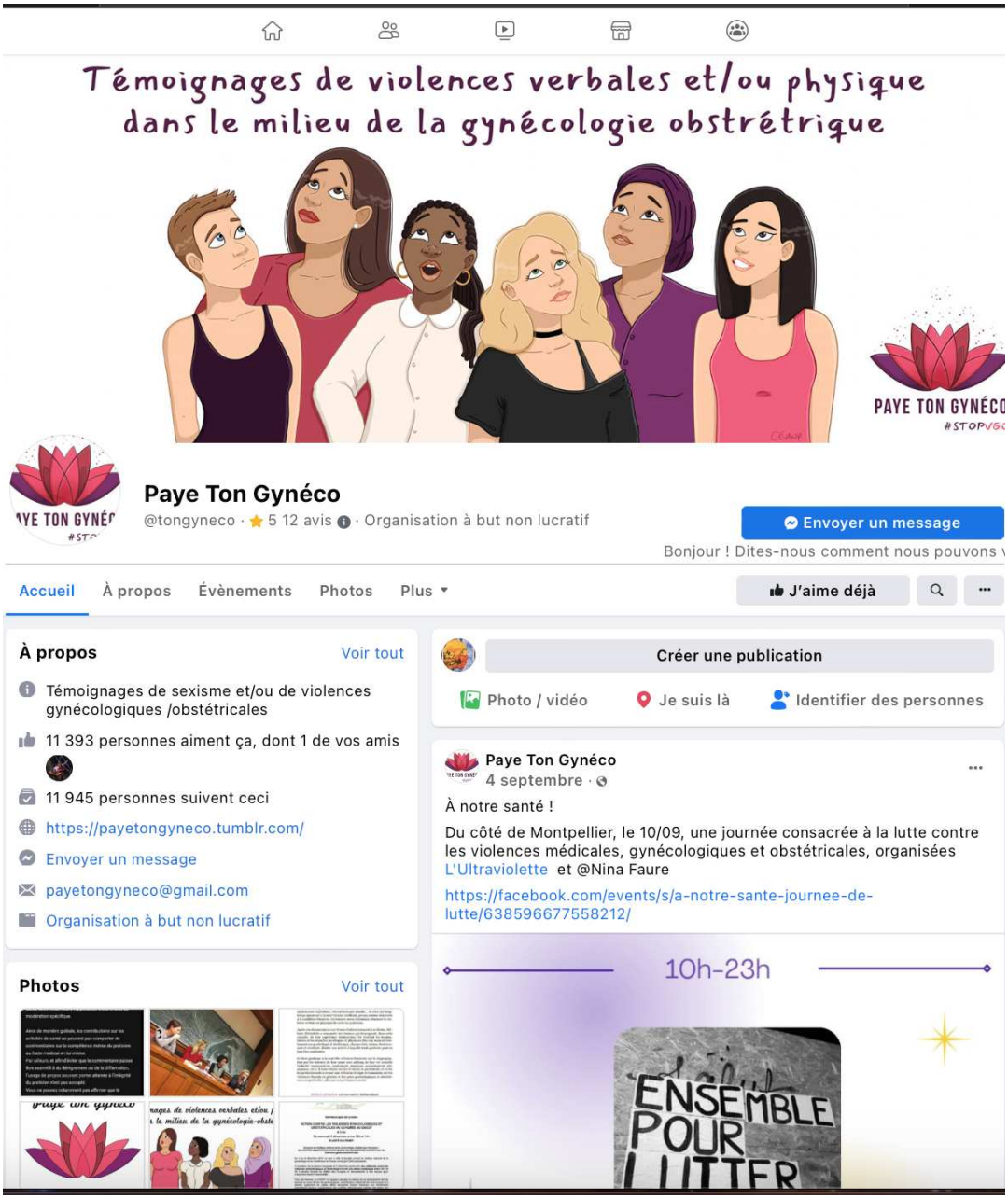
2. Page de présentation des discussions



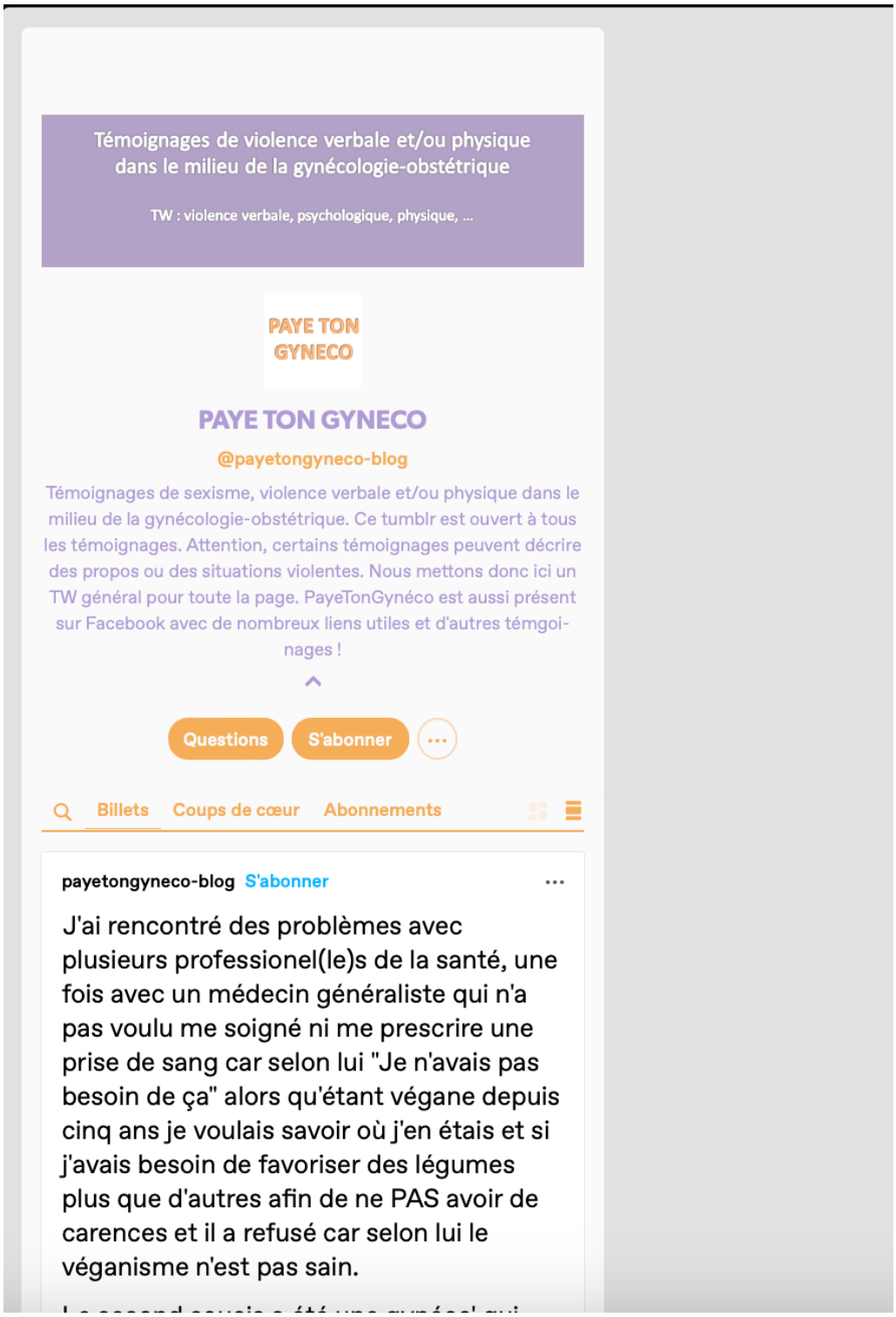
3. Extrait d'une discussion de forum avec le message initial et les posts suivants



Annexe 5. Page d'accueil de la page Facebook PayeTonGynéco



Annexe 6. Page d'accueil du Tumblr PayeTonGynéco



Annexe 7. Note sur la correction morpho-syntaxique opérée sur le corpus

Étant donné la nature des données (spontanées et naturelles, écriture sur Internet), et le traitement statistique opéré, le matériel recueilli a nécessité un travail d'homogénéisation morphosyntaxique afin que le logiciel puisse reconnaitre les formes lexicales des mots (Ratinaud & Marchand, 2012). Cette homogénéisation morphosyntaxique s'est faite manuellement et à consister dans un premier temps à corriger les fautes d'orthographes à l'aide d'un correcteur orthographique d'un logiciel usuel de traitement de texte (Word) et corriger les fautes non repérées par le logiciel. Le langage SMS (ex. qq ; mtn ; ds ; dsl ; pk …) et les unités métriques (km, kg, …) ont été corrigés et homogénéisés afin qu'elle soit reconnue par le logiciel d'analyse. Ont été supprimé : les doublons au sein d'une même discussion ou même fil de commentaires, les émoticônes spécifiques au forum Doctissimo (*e.g.*, whistle:{} ; bounce:{} ; [:bina38]), les liens internet. Des formes ont été neutralisées (i.e. non prise en compte dans l'analyse) comme les pseudonymes anonymisées (*e.g.*, UserA, UserB, etc.)

Pour les mots pour lesquelles différentes formes étaient retrouvées dans le corpus, nous nous sommes fixés sur un critère de fréquence, corrigeant sous la forme la plus fréquente (*e.g.*, consult n = 15 ; consultation(s) n = 332 / asso(s) n = 4 ; association(s) n = 21). Dans les cas où les formes étaient à fréquence similaire (ex : echo(s) n = 249 ; échographie(s) n = 225), des sous-corpus ont été créés à partir des formes lexicales dans le logiciel Iramuteq et ont été soumis à des analyses de similitudes afin d'observer si l'organisation des univers lexicaux étaient similaires ou non. Pour l'exemple « écho/échographie », les 2 univers étant significativement différents, nous n'avons pas homogénéiser ces 2 formes. Des mots ont également été regroupés par unité de sens (ex : examen_gynécologique ; sage_femme). Le choix a été fait de garder certaines formes, tel est le cas de « gygy » « gynéco » « gynécologue ».

Annexe 8. Avis du comité d'éthique - observations

Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille

Objet : Avis du Comité d'éthique.
N/Réf dossier : 2020-02-04-01
Dossier suivi par :DRV-Audrey Janssens

Pièce(s) jointe(s) : 1 document

Marseille, le 2 avril 2020

Le travail de recherche présenté par l'investigateur principal, le Professeur Thémis APOSTOLIDIS du laboratoire LPS de l'Université d'Aix-Marseille et l'investigatrice secondaire, ROUSSEL Sarah, docotrante, intitulé **«Représentations de l'examen gynécologique et rapport au dépistage du cancer du col de l'utérus en contexte de précarité : une analyse psychosociale»** a été soumis pour avis au Comité d'éthique en sa séance du **jeudi 2 avril 2020.**

Après audition des rapporteurs le comité a jugé que le projet ne pose pas de problème éthique ou règlementaire.
Le Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille émet donc un avis favorable.

Le Président du Comité d'éthique

Pierre-Jean Weiller

Université d'Aix-Marseille - Jardin du Pharo - 58 boulevard Charles Livon - 13284 Marseille cedex 07 - France
Tél. : +33 (0)4 91 39 65 00 - Fax : +33 (0)4 91 31 31 36 - www.univ-amu.fr

Annexe 9. Description des différents terrains

Les différents terrains sont exposés ci-dessous selon l'ordre chronologique du déroulement de l'enquête. Les éléments présentés sont issus des données et informations disponibles ainsi que des observations et échanges avec les différent·e·s professionnel·le·s rencontré·e·s.

1. Le CPEF du centre-ville[102] :

Les CPEF pour Centre de Planification et d'Éducation Familiale sont des structures publiques jouant un rôle majeur pour l'information, l'accompagnement et la prise en charge quant à la santé sexuelle et reproductive. En l'occurrence, ce CPEF est intégré dans un centre de PMI (Protection Maternelle et Infantile)[103]. Les services de PMI sont des dispositifs composés d'équipe pluridisciplinaire couvrant les domaines médical, paramédical, social et psychologique. Dispositif financé par le Conseil départementale, une des particularités des services de PMI et des CPEF associés est la gratuité pour tous les publics.

De façon générale, les CPEF ont une diversité de missions comme la prévention des grossesse (i.e. informations et prescriptions des moyens de contraception), le dépistage, l'information et le traitement des IST, la prévention du CCU par le dépistage et la vaccination anti-HPV, l'information et la réalisation d'IVG médicamenteuse ou encore le dépistage des violences et des mutilations sexuelles (Piet, 2016).

L'accès à ce premier lieu d'observation s'est fait par un contact professionnel qui nous a mis en relation avec Nawel Bouzid[104], gynécologue médicale, exerçant dans ce CPEF du centre-ville. Nous l'avons rencontrée avec Léa Restivo au printemps 2019 pour échanger sur les possibilités de réalisation des observations dans cette structure. Elle témoignait d'un fort intérêt envers le projet de thèse et faisait preuve d'enthousiasme quant à l'étude et au partenariat, enthousiasme qui perdurera tout le long de l'enquête.

---

[103] Les services de PMI sont sous l'autorité du président du conseil départemental. De nos jours, ces dispositifs proposent des consultations infantiles, des consultations prénatales et postnatales, et des centres de planifications. (voire le Code de la santé publique, « Chapitre II : Service départemental de protection maternelle et infantile. (Articles L2112-1 à L2112-10) » https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171124/)

[104] Les noms et prénoms ont été modifiés afin de respecter l'anonymat des participantes.

En termes de fonctionnement, les patientes ont généralement un entretien avec une infirmière en amont de leur consultation avec la médecin, l'infirmière transmettant ensuite des informations quant à la patiente et au motif de consultation à la praticienne avant la consultation.

> *L'infirmière arrive dans le bureau de consultation, ferme la porte, pose le dossier et nous parle de la prochaine patiente « nigériane all in English ». Elle fait part à Stéphanie Bard, médecin généraliste, de ce qu'elle a compris et notamment que la patiente serait lesbienne. L'infirmière indique qu'elle a du mal à comprendre l'anglais et a l'impression que c'est « un peu confus dans sa tête » (à la patiente). Elle relate que la patiente a eu une fille en 2007 et un avortement en 2012. Elle est en France depuis 2 ans. Elle n'a pas de contraception et vient pour des douleurs a priori urinaires. Elle lui a fait faire un test urinaire et un test de grossesse, car « on sait jamais, si c'est une travailleuse du sexe ». Elle n'a pas de fièvre et au vu des symptômes, les deux pensent potentiellement à une pyélonéphrite. L'infirmière sort du bureau de consultation et Stéphanie va chercher la patiente en question. (CPEF du centre-ville – 15/02/2021)*

Ce « pré-entretien » peut influer sur le déroulé de la consultation gynécologique puisqu'orientant le motif, les représentations de la patiente et l'interrogatoire mené. Par exemple, il est certains aspects déjà mentionnés avec l'infirmière et prérempli dans le dossier informatisé de la patiente qui ne sont pas de nouveau évoqué avec la médecin. Au cours de l'enquête, je n'ai pas eu l'occasion d'assister à ces « pré-entretiens ».

Par sa localisation géographique et ses services, le CPEF accueille en majorité une patientèle précaire et/ou en parcours migratoire, avec un nombre non négligeable de patientes qui ne maîtrisaient pas, ou peu, la langue française. Une praticienne, Stéphanie Bard, médecin généraliste, m'a également fait part de certaines femmes, habitant dans les quartiers Nord de Marseille, qui consultaient à ce CPEF du centre-ville, et non à celui le plus proche de leur lieu d'habitation, pour ne pas être vues par des hommes de leur quartier qui repèreraient les femmes allant consulter. En effet, situé en centre-ville de Marseille, elles pourraient alors prétendre faire des emplètes et se rendre en toute confidentialité à la PMI. Enfin, comme souligné dans l'extrait précédent, les professionnelles me mentionnèrent aussi que des travailleuses du sexe, notamment d'origine nigériane, venaient consulter à ce CPEF du centre-ville.

2. Le centre de santé :

Le centre de santé est une structure issue du service public proposant une offre de soin pluridisciplinaire à destination de population défavorisée. Ce centre est en effet situé au cœur de quartiers défavorisées de Marseille et s'inscrit dans une volonté de lutte contre les inégalités sociales de santé. Il recouvre de multiples missions (*e.g.*, soins de proximité, action de prévention, coordination et accompagnement du parcours de soins) dont une mission spécifique quant à la gynécologie : prévention, dépistage, suivi gynécologique et obstétrical, et récemment, les IVG médicamenteuses. Ce centre est composé d'une équipe pluridisciplinaire recouvrant différents domaines comme la gynécologie, la médecine générale, la psychologie *etc.*

L'accès au centre de santé s'est fait par l'intermédiaire d'un médecin issu du réseau professionnel. Une réunion de présentation du projet avant le début du doctorat au printemps 2019 a été réalisée afin de présenter l'étude et discuter des possibilités de réalisation des observations. Au cours de cette réunion, différent·e·s professionnel·le·s de l'équipe étaient présent·e·s, (*e.g.*, responsable, médecin, psychologue), excepté la praticienne sage-femme avec qui les observations ont été effectuées. Tous et toutes témoignèrent de leurs intérêts envers le projet de doctorat, notamment dans sa perspective de santé publique de comprendre les freins au recours au dépistage du CCU. À cet égard, ils/elles me firent part de freins perçus au recours au dépistage dans leur patientèle, à savoir « *l'absence de connaissance* », du fait du niveau éducatif des femmes, des barrières environnementales et matérielles (*e.g.*, accessibilité), et aussi, l'influence des médias, des lobbying anti-dépistage et de la perte de la confiance en la science et la médecine[105]. La praticienne concernée a ensuite été conviée à la réunion et a accepté que j'assiste à ses consultations à condition que je ne reste pas présente pendant les examens[106].

En termes de patientèle, par sa localisation géographique et ses services, il est question d'une population précaire et/ou en parcours migratoire, et me fut présentée comme telle par les professionnel·le·s. Dans ce centre, un nombre non négligeable de

[105] Il est à noter que cette réunion s'est tenue avant l'existence de la Covid-19.

[106] En l'occurrence, elle m'a demandé de sortir pour, et uniquement, la première consultation observée. N'ayant eut peu d'échanges avec elle, il était peut-être nécessaire qu'une relation de confiance s'établisse entre nous. Par la suite, j'ai pu assister à l'entièreté des consultations avec l'accord des patientes.

patientes ne venaient pas à leur rendez-vous, avec notamment deux matinées où j'étais présente et aucune consultation n'eut lieu. La praticienne a pu me faire part de son ennui, voire sa « *déprime* » face au peu de patientes et au calme des consultations.

3. Le CPEF de quartier :

Des observations ont été réalisés dans un second CPEF situé dans un quartier plus excentré de Marseille. L'accès à ce « CPEF de quartier » s'est effectué par la prise de contact avec une professionnelle y exerçant, Jeanne Bresson, médecin généraliste, par l'intermédiaire d'un contact professionnel. Celle-ci me fit part spontanément de son intérêt par l'étude et son souhait de s'entretenir avec moi. Après un échange sur l'étude et les modalités de réalisation des observations, elle a accepté que j'assiste à ses consultations.

Les missions et le fonctionnement sont similaires au CPEF du centre-ville présenté précédemment, à la différence que la praticienne m'a fait part que selon l'infirmière présente, elle ne faisait pas faire le pré-entretien, préférant le réaliser elle-même.

Par sa localisation géographique et ses services, ce CPEF reçoit une patientèle précaire, puisque se trouvant au cœur d'un quartier constitué de plusieurs logements sociaux (i.e. logement HLM). De plus, il s'y trouve une patientèle parfois plus favorisée, et/ou sensibles au(x) féminisme(s) et à la question des violences gynécologiques du fait que la praticienne était répertoriée sur une liste de professionnel·le·s de la gynécologie ayant une approche féministe.

4. Le Centre de Gynécologie Sociale de l'APHM :

Les centres de gynécologie sociale sont des services publics rattaché aux Hôpitaux Universitaire de Marseille (APHM). En l'occurrence, les CGS se situent au sein d'hôpitaux de Marseille. Ces centres ont deux principales missions : la prise en charge des IVG et la planification familiale et le conseil en termes de contraception.

L'entrée au CGS s'est premièrement effectué par un professeur du service de gynécologie-obstétrique que j'ai rencontré avant le début du doctorat pour un partenariat avec l'hôpital en question. Après les aléas liés à la covid-19, mais aussi administratives (*e.g.*, l'hôpital me demandait une convention de stage), le professeur

m'a mise en contact par mail avec tous et toutes les gynécologues qui exerçaient en consultation au service de gynécologie-obstétrique. Seule une d'entre elle m'a répondu et m'indiqua que je pouvais venir au CGS, où elle faisait des consultations.

L'hôpital étant un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU), la particularité de ce service était l'importante présence d'internes en médecine générale ou gynécologie et d'externes sage-femme, avec un important *turn-over*. À cet égard, je n'ai que rarement été avec les mêmes professionnelles en consultation. Sur les consultations observées, ce sont majoritairement les internes qui assuraient les consultations. Il y avait toujours présence de deux professionnel·le·s au moment de la consultation, auquel je m'ajoutais. Avec le service de gynécologie-obstétrique situé dans le même hôpital (voir ci-dessous), ce sont les seuls lieux où des observations se sont réalisés en présence de deux professionnel·le·s. En effet, pour tous les autres terrains, les praticiennes me proposaient de venir quand il n'y avait pas d'interne ou d'externe dans un soucis de respect des patientes.

Par sa localisation et ses services, il se trouve au CGS une patientèle plutôt précaire. La patientèle m'a d'ailleurs été présentée comme telle, me précisant « *ça se voit dans la salle d'attente* ». À de multiples reprises, j'ai pu assister à des discussions lors de temps de repas où les professionnelles se plaignaient du peu de patientes, voire à plaisanter sur comment faire pour attirer des patientes au CGS (*e.g.*, faire des pancartes dans le bus). En cela, j'ai observé que parfois il y avait peu de consultations programmées et/ou des patientes qui ne venaient pas à leur rendez-vous. Par ailleurs, au regard des missions du CGS et de l'important *turn-over* des professionnel·le·s (i.e. internes ou externes), la mise en place de suivi de longue durée est impossible. Les patientes rencontrent quasi-systématiquement un·e praticien·ne inconnu·e, même lors de deux rendez-vous consécutifs proche dans le temps.

5. <u>Le Service de Gynécologie-Obstétrique de l'APHM :</u>

Situé dans un hôpital public de l'APHM, le Service de Gynécologie-Obstétrique (SGO) propose une offre de soins multidisciplinaire pour la femme tout au long de sa vie, assurant deux types de spécialités : la gynécologie médicale et la gynécologie-obstétrique. Dans ce service sont présent·e·s des gynécologues médicaux·ales et des gynécologues-obstétricien·ne·s réparti·e·s dans des bureaux de consultations individuels et souvent accompagné·e·s d'interne en médecine générale ou

gynécologie, ou d'externe sage-femme.

L'accès s'est fait ici de façon « opportuniste ». Face à l'absence de consultations au CGS précédemment décrit, je me suis rendu au SGO dans l'espoir de pouvoir assister à des consultations, ce qui se réalisa.

Par sa localisation géographique et ses services, la patientèle était ici davantage diversifiée.

6. Le cabinet libéral conventionné secteur 2 :

Le dernier terrain d'observation était un cabinet libéral conventionné secteur 2 situé dans un quartier favorisé de Marseille. En secteur 2, les médecins ont la possibilité de pratiquer des honoraires libres, soit de définir le montant des honoraires sans tenir compte des plafonnements fixés par la sécurité sociale. La rémunération des médecins se fait ici à l'acte. À titre d'exemple, c'est le seul lieu où j'ai pu observer le paiement en fin de consultation.

La gynécologue médicale avec qui les observations ont été réalisées m'a été conseillée par deux autres professionnel·le·s au début de la mise en place des observations sans me transmettre ses coordonnées. En reprenant contact avec Nawel Bouzid pour des observations en libéral, elle m'a de nouveau mentionné cette professionnelle, estimant que ce serait mieux puisque cette dernière avait souvent des internes avec elles, les patientes étant alors habituées à la présence d'une tierce personne. En effet, Nawel Bouzid débutait sa pratique en libéral et m'exprimait que « *c'est compliqué* », soulignant les potentielles difficultés d'accès au libéral du fait d'une relation considérée comme privilégiée, intime avec les patientes. J'ai pris contact avec ce cabinet en appelant le secrétariat de façon spontanée pour une mise en relation avec la praticienne. La secrétaire m'a transmis l'adresse électronique du cabinet. Deux mails ont été envoyées sans réponses pendant plus d'un mois. La praticienne en question m'a rappelé en s'excusant du délai de réponse, m'indiquant qu'elle y pensait tous les jours, et me transmettant ses coordonnées personnelles. Elle était d'accord pour que je s'assiste à ses consultations, en me précisant que ses patientes avaient l'habitude de la présence d'interne avec elle, à condition de demander l'accord aux patientes. Elle m'indiquera également que pour les entretiens (chapitre 8), elle pouvait me mettre en contact avec une liste de gynécologue,

commentant « *vous me direz ce dont vous avez besoin* ». Enfin, une particularité ici est que la gynécologue ne prenait plus de nouvelles patientes en suivi.

Étant un cabinet libéral conventionné secteur 2, la patientèle était ici plus favorisée.

Annexe 10. Note méthodologique sur la construction de la grille d'observation

Axe vertical : Maintien de la temporalité de la consultation en 4 parties selon les observations exploratoires et Guyard (2002) :

T1 : Accueil et interrogatoire

TT : Éléments transversaux

EG : Examen gynécologique

T3 : Fin de consultation

Chaque catégorie de la grille est associée à un temps spécifique.

Axe horizontal : découpage selon les acteurs et actrices de la situation professionnelles de santé (PDS) et patientes (F)

Climat socio-affectif **:** aspect transversal de la consultation gynécologique

Pour chaque catégorie, un encart est proposé, encart qui correspond à des indicateurs (non exhaustifs) concernant le climat socio-affectif/aspects relationnels sur lesquels porter l'attention durant les observations.

Pour *l'examen gynécologique (EG)*, les indicateurs ont été élaborés sur la base des observations exploratoires, les données issues des médias digitaux et la littérature scientifique (S.-L. Chen et al., 2008; Guyard, 2002).

Concernant les *autres temps (T1, T3, TT)*, les indicateurs ont été élaborés à partir des observations exploratoires, Chen et al. (2008) et en s'inspirant du RIAS (Ong et al., 1998) et de la grille de codage Verona (VR-Codes-P) (Del Piccolo et al., 2011). Pour le RIAS, seuls des indicateurs liés au clusters socio-affectifs ont été considérés. Concernant la grille Verona, ce système de codage a été élaboré pour appréhender comment les professionnel·le·s de santé réagissent, gèrent, l'expression d'émotion de patient·e·s. Du fait du caractère intime lié à la consultation gynécologique (sujets abordés, EG), il semble pertinent de considérer la façon dont les professionnel·le·s réagissent face à l'expression d'émotions, craintes, inquiétudes des patientes afin d'appréhender le climat socio-affectif et la qualité de la relation et communication entre praticiennes et patientes.

Indicateurs à partir de la grille Verona :

- F : Expression d'émotions (inquiétude, craintes, problèmes) explicites (« j'ai peur ») ou implicites (pleurs, agitation, …)
- PDS : Réponses face à l'expression d'émotion :

    -> réponses explicites ou implicites qui favorisent la discussion, ex : silence attentif, backchannel (« hm hm »), invitation active, empathie implicite, paraphrase, exploration, réponse empathique

    -> réponses explicites ou implicites qui inhibent la discussion, ex : ignorer, shutting down, information/conseil, changer de sujet, reporter (on verra plus tard), blocage actif.

Autres indicateurs :

- regard des professionnelles (ordinateur/patiente) et patiente
- ton/volume de la voix
- rires/blagues (RIAS)
- remarques personnelles/conversation social (RIAS)

SUR L'ENSEMBLE : pour chaque catégorie, un espace libre est laissé afin de pouvoir prendre des notes en temps réel.

T1 - Accueil et interrogatoire :

Ce premier temps : instauration du climat relationnel entre patiente et soignante.

T1 – Acc : Accueil / Motif de la consultation

est-ce que la soignante se présente ? Si présence d'interne, demande de l'accord à la patiente ? Comment est abordé le motif de la consultation : question ouverte (expliquez-moi pourquoi vous êtes là) ou directif (donc vous êtes là pour ça) ou autre ?

T1 – Int : Interrogatoire

Catégorie laissée ouverte pour ce qui est du contenu, s'intéresser à ce qui sort du cadre habituel.

TT – Éléments transversaux

Il est question ici des savoirs sociaux qui peuvent émerger tout le long de la consultation. À partir des observations exploratoires et des éléments de littérature, quatre thématiques semblent pertinentes à considérer :

TT-AViol : Abord des violences

TT-ASex : Abord de la sexualité

TT-F : Vécus en tant que femmes (injustice, oppression)

TT-Jug : Jugements divers et réaction

Cette catégorie témoigne également du climat socio-affectif, que les jugements soient positifs (climat socio-affectif positif : compliment, réassurance, optimisme …), ou négatifs (climat socio-affectif négatif : critique négative, désapprobation) (Del Piccolo et al., 2011). A noter que bien qu'un jugement puisse être positif, et donc participer à un climat relationnel positif, il témoigne tout de même d'un système de normes et valeurs sous-jacent et d'une potentielle adhérence à ce système (e.g. complimenter une patiente sur son IMC/poids car celui-ci est dans les « normes »).

Evolution grille : ajout d'une catégorie :

TT-ExpMed : évocation d'expérience médicale négative

Pour ces catégories :

- cocher qui est à l'origine du discours (PDS / F) ou cocher non si thématique non abordée.

- préciser si possible quand la thématique est abordée (T1/EG/ T3)

- espace libre pour décrire le comment et le quoi : contenu des échanges, aspect émotionnel, relationnel (regard, voix, expression émotion patiente, réaction soignante, ...)

À ces 4 thématiques, 2 peuvent être ajoutées :

TT-Cont : contraception

Thématique centrale des consultations, un des motifs de consultation les plus fréquents. Catégorie laissée ouverte quant au contenu.

TT-Educ : éducation / prévention à la santé

Aspect davantage instrumental que socio-affectif, il semble pertinent de noter au vu de nos objectifs et en rapport au dépistage du CCU d'observer si les praticiennes mentionnent le frottis au cours des consultations, même si celui-ci n'est pas réalisé (*e.g.* à au quoi ça sert, quand le faire, comment). Au frottis peut également s'ajouter l'autopalpation des seins (fréquemment observée), voire d'autres aspects (*e.g.* rééducation du périnée).

-> cocher si frottis aborder + explication ou non du frottis et/ou CCU

EG - Examen gynécologique :

Élaboration d'indicateur à partir des observations exploratoires, des données issues des médias digitaux et Chen et al. (2008), avec un focus sur les aspects relationnels et sensibles (« compétences psychosociales ») liés à l'EG.

EG-ExpliCom : Explication et compréhension

Les examens réalisés sont-ils expliqués à la patiente (réduction anxiété, contrôle de la situation). La praticienne s'assure-t-elle que la patiente a compris ?

EG-Cons : Consentement

Cocher la case correspondante et réaction patiente.

EG-Désh : Déshabillage

Respect de l'intimité / aisance

EG- Cor : Le corps

Commentaires et/ou observations sur le corps pour patiente et soignante

EG-Insert : Insertion speculum/doigts

La praticienne prévient/demande lors de l'insertion ? Comment réagit la patiente ?

Noter si possible quel spéculum est utilisé (différentes couleurs de spéculum qui renvoient à la taille du speculum : blanc < bleu < rouge < vert)

EG-Relax : conseil relaxation / stratégies alternatives

Inviter la patiente à se relaxer, proposer des moyens alternatifs (*e.g.*, drap, auto-insertion)

EG-Gêne : Gêne / douleur

Expression verbale et/ou non verbale pour la patiente / réaction soignante

EG-Ech : Échange durant l'examen gynécologique

Explication des actes réalisées et observation, badinage, silence, autre ?

EG- Rhab : Rhabillage

Respect de l'intimité / aisance

T3 – Fin de consultation

T3-Fin : Catégorie laissée ouverte, ce moment peut être assez variable selon l'objet de la consultation : rédaction d'ordonnance, temps d'échanges, autre …

Enfin une catégorie Autre vise à laisser un espace pour toute annotation supplémentaire.

Annexe 11. Questionnaire à destination des praticien·ne·s participant·e·s

« Représentations et examen gynécologique »

Suite à votre consultation, nous vous demandons de bien vouloir répondre à quelques questions vous concernant. Cela ne vous prendra que quelques minutes. Je vous rappelle que toutes les données collectées sont anonymes et confidentielles

1/ Quelle est votre spécialité : ……..

2/ Nombre d'années d'exercice (en excluant l'internat) : ……..

Si vous êtes interne ou externe, merci de préciser en quelle année : ……..

3/ Lieu(x) d'exercice actuel :

4/ Avez-vous effectué des formations supplémentaires ? :

☐ Oui, lesquelles :

☐ Non

5/ Vous êtes : ☐ un homme ☐ une femme ☐ autre :

6/ Quel âge avez-vous ? ……. ans

7/ Avez-vous des enfants ?

☐ Oui, combien : ……

☐ Non

8/ Quelle est votre situation matrimoniale ?

☐ En couple

☐ Célibataire

☐ Pacsé(e)

☐ Marié(e)

☐ Divorcé(e)

☐ Veuf/Veuve

☐ Ne se prononce pas

9/ Si vous le souhaitez, vous pouvez écrire un commentaire ci-dessous.

Merci pour votre participation !

Annexe 12. Principaux axes et catégories de la grille d'analyse des observations de consultations gynécologiques

Axes	Catégories
1. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE DE LA CONSULTATION	1.1 Présence d'internes/externes 1.2 Présence de tierces personnes (enfants, conjoint, amie/famille) 1.3 Barrière de la langue 1.4 Avoir, ou non, des droits (sécurité sociale, AME, mutuelle) 1.5 Les problèmes logistiques (matériel informatique, *etc.*)
2. PRÉVENTION, DÉPISTAGE ET SUIVI GYNÉCOLOGIQUE	2.1 Le dépistage du CCU (informer, expliquer, réaliser) 2.2 Le suivi gynécologique 2.3 Les autres dépistage 2.4 Les autres suivis
3. SAVOIRS SOCIAUX ÉMERGEANT	3.1 Abord de la sexualité (contexte d'évocations, contenus) 3.2 Abord et dépistage des violences 3.3 Abord d'expériences négatives liées au milieu médical 3.4 Abord de difficultés, injustices liées à la condition sociale de femmes 3.5 Le poids et la corpulence 3.6 La grossesse et la maternité (injonction, minimisation) 3.7 Représentations et relation des patientes à leurs parties génitales
4. RELATION, COMMUNICATION ET CLIMAT SOCIO-AFFECTIF	4.1 Expression de jugements envers les patientes 4.2 Expression d'émotion des patientes (peur, culpabilité *etc.*) 4.3 Pratique communicationnelles des praticiennes (regard, se présenter, abord motif *etc.*) 4.4 Comportements observés des patientes (nervosité, aisance, *etc.*) 4.5 Conversations personnelles 4.6 Présence de rires
	5.1 Explications liées à l'EG

5. PRATIQUES LIÉES À L'EG	5.2 Passage à l'examen et consentement 5.3 Avant l'EG - Appréhension des patientes (investiguer, conseiller, exprimer) 5.4 Gestion de la nudité 5.5 Le corps exposé, le corps observé 5.6 Pour le confort des patientes (lubrifiant, papier pour s'essuyer, matériel, *etc.*) 5.7 La réalisation d'EG (insertion, douleur et gestion, sujets abordés, réactions patientes, *etc.*) 5.8 Les autres examens (palpation des seins, tension, *etc.*) 5.9 Les moments de rupture de la ritualisation de l'EG (espace-temps confondu) 5.10 Les expressions et termes employés 5.11 Les pratiques alternatives (auto-insertion, miroir)
6. LES TEMPS HORS CONSULTATIONS	6.1 Discours sur la consultation précédente 6.2 Discours sur les pratiques 6.3 Discours sur les patientes

Annexe 13. Avis du comité d'éthique – entretiens

Comité d'éthique de l'université d'Aix-Marseille

Objet : Avis du Comité d'éthique.
N/Réf dossier : 2022-04-14-015
Dossier suivi par :DRV-Audrey Janssens

Pièce(s) jointe(s) : 1 document

Le projet de recherche présenté par l'investigateur principal, Pr. Apostolidis Thémis, Professeur des Universités rattaché au Laboratoire LPS de l'Université d'Aix Marseille et les investigateurs secondaires, Restivo Léa, MCF et Roussel Sarah, doctorante, intitulé**, « Représentations sociales et expériences liées à l'examen gynécologique»** a été soumis pour avis au Comité d'éthique en sa séance du jeudi 14 avril 2022
.
Après audition des rapporteurs, et compléments d'information apportés par l'investigateur, le comité a jugé que le projet ne présentait aucun problème éthique.

Le comité rend donc un avis favorable.

Le Président du Comité d'éthique

Pierre-Jean Weiller



Université d'Aix-Marseille - Jardin du Pharo - 58 boulevard Charles Livon - 13284 Marseille cedex 07 - France
Tél. : +33 (0)4 91 39 65 00 - Fax : +33 (0)4 91 31 31 36 - www.univ-amu.fr

Annexe 14. Guide d'entretien

Éléments introductifs

Cadre de l'entretien : recherche en sciences humaines et sociales sur vos perceptions, votre vécu de l'examen gynécologique. Durée entre 40min à 1h
Enregistrement audio mais garantie de l'anonymat
Abord de thèmes liés à l'examen gynécologique, comment vous le percevez, le vivez. Pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ce qui compte c'est ce que vous pensez. Liberté d'exprimer tout ce qui semble important, sans limite.
Remerciements

Consigne d'ouverture

Quels sont les 4 premiers mots ou expressions qui vous viennent à l'esprit lorsque je vous dis examen gynécologique ?
-> exploration à partir des 4 mots ou expressions

Relances - Thématiques

Expériences vécues et systèmes de représentations	Pouvez-vous me décrire une situation, une expérience d'examen gynécologique que vous souhaitez aborder ? *-> Pourquoi cette situation ? expérience positive/négative? Pourquoi ?* *-> si évoqué, explorer enjeux liés à l'intime, la sexualité, la féminité, …* *-> si évoqué, explorer enjeux relationnels entre soignant·e·s-soignée* *-> rôle perçu des soignant.es/patientes*
« Substitution » – Autre perspective	Si vous vous mettez à la place de soignant/vos patientes, comment pensez-vous qu'elles/ils vivent l'examen gynécologique *?* *-> si évoqué, explorer enjeux liés à l'intime, la sexualité, la féminité, ...* *-> si évoqué, explorer enjeux relationnels entre soignant·e·s-soignée* *-> rôle perçu des soignant.es/patientes*
Différences et similitudes entre l'EG et d'autres examens médicaux	Selon vous, en quoi l'examen gynécologique peut être différent ou pas d'autres examens médicaux ? *-> quelles différences ? points communs ? pourquoi ?*
Soins gynécologiques	Qu'est-ce que serait l'examen gynécologique idéal pour vous ? *-> si évoqué, aspect relationnel, gestion de l'intimité*

		-> comment ça se passerait (déroulé) ? *-> rôle perçu des soignant.es/patientes*
Dépistage du CCU (frottis)	Qu'évoque pour vous le frottis ?	

Annexe 15. Questionnaire à destination des praticien·ne·s

« Représentations et examen gynécologique »

Suite à l'entretien, nous vous demandons de bien vouloir répondre à quelques questions vous concernant. Cela ne vous prendra que quelques minutes. Je vous rappelle que toutes les données collectées sont anonymes et confidentielles.

1. Quelle est votre spécialité ? : ……..

2. Nombre d'années d'exercice (en excluant l'internat) : ……..

Si vous êtes interne, merci de préciser en quelle année : ……..

3. Lieu(x) d'exercice actuel :

4. Avez-vous effectué des formations supplémentaires ?

☐ Oui, lesquelles :

☐ Non

5. Vous êtes :

☐ Un homme
☐ Une femme
☐ Autre :

6. Quel âge avez-vous ? ……. ans

7. Avez-vous des enfants ?

☐ Oui, combien : ……
☐ Non

8. Quelle est votre situation matrimoniale ?

☐ En couple
☐ Célibataire
☐ Concubinage
☐ Pacsé(e)
☐ Marié(e)
☐ Divorcé(e)
☐ Veuf/Veuve

Annexe 16. Questionnaire à destination des femmes

« Représentations et examen gynécologique »

Suite à l'entretien, nous vous demandons de bien vouloir répondre à quelques questions vous concernant. Cela ne vous prendra que quelques minutes. Je vous rappelle que toutes les données collectées sont anonymes et confidentielles.

1. Quel âge avez-vous ? …….. ans

2. Vous êtes :

☐ Un homme
☐ Une femme
☐ Autre :

3. Avez-vous des enfants ?

☐ Oui, combien : ……
☐ Non

4. Quelle est votre situation matrimoniale ?

☐ En couple
☐ Célibataire
☐ Concubinage
☐ Pacsé(e)
☐ Marié(e)
☐ Divorcé(e)
☐ Veuf/Veuve

5. Quelle est votre niveau d'étude ?

☐ Aucun diplôme ou certificat d'études primaires
☐ Brevet des collèges
☐ CAP, BEP ou équivalent
☐ Baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent
☐ Diplôme du supérieur court (niveau bac + 2)
☐ Diplôme du supérieur long (supérieur à bac + 2)

6. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

☐ Agriculteurs exploitants
☐ Artisans, commerçants, chef d'entreprise
☐ Cadres et professions intellectuelles supérieures
☐ Professions intermédiaires

☐ Employé
☐ Ouvrier
☐ Retraité
☐ Étudiant
☐ Sans activité professionnelle

7. À quelle fréquence consultez-vous un.e professionnel.le santé pour votre suivi gynécologique ?
☐ Tous les 6 mois
☐ Tous les 1 à 2 ans
☐ Tous les 3 à 5 ans
☐ Tous les 5 à 10 ans
☐ Seulement quand il y a un problème.
☐ Je ne consulte pas.

8. De quand date votre dernière consultation gynécologique ?
☐ Moins de 6 mois
☐ Entre 1 à 2 ans
☐ Entre 3 à 5 ans
☐ Entre 5 à 10 ans
☐ Je ne sais pas.
☐ Je n'ai jamais consulté.

9. En général, lorsque vous consultez pour votre suivi gynécologique, où allez-vous ?
☐ Hôpital public
☐ Service public (centre de PMI, CPEF)
☐ Hôpital privé / Clinique privée
☐ Cabinet libéral
☐ Association (Planning Familial)
☐ Autre :

10. En général, lorsque vous consultez pour votre suivi gynécologique, quel(s) professionnel(s) consultez-vous ? *(vous pouvez cocher plusieurs réponses)*
☐ Gynécologue
☐ Médecin généraliste
☐ Sage-femme
☐ Autre :

11. Lorsque vous consultez pour votre suivi gynécologique, vous préférez :
☐ Un professionnel de santé homme
☐ Une professionnelle de santé femme

☐ Peu m'importe

Pour finir, merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes en cochant la case correspondante. Je vous rappelle que toutes les données collectées sont anonymes et confidentielles.

	Oui	Non
1. Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	☐	☐
2. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ?	☐	☐
3. Vivez-vous en couple ?	☐	☐
4. Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	☐	☐
5. Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF, ...) ?	☐	☐
6. Vous est-il arrivé(e) de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	☐	☐
7. Êtes-vous parti(e) en vacances au cours des 12 derniers mois ?	☐	☐
8. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	☐	☐
9. En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	☐	☐
10. En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	☐	☐

Annexe 17. Grille d'analyse thématique auprès des professionnel·le·s

Axes thématiques et sous-thématiques	N
1. REPRÉSENTATIONS DE L'EG	
1.1 Représentation de l'EG en fonction du point de vue	
1.1.1 Représentation en tant que professionnel·le	11
1.1.1.1 S'inscrit dans un suivi, une prise en charge (prévention, problème)	*5*
1.1.1.2 Un examen médical, acte médical	*4*
1.1.1.3 Un examen de prévention	*4*
1.1.1.4 Un examen utile, important	*4*
1.1.1.5 Un examen compliqué, invasif, 'violent'	*4*
1.1.1.6 Un examen technique	*1*
1.1.2 Représentation en tant que patiente	6
1.1.2.1 Valence émotionnelle négative (désagréable, stressant ...)	*5*
1.1.2.1.1 Un examen désagréable	4
1.1.2.1.2 Sentiment d'obligation	3
1.1.2.1.3 Envie que ça se passe vite	2
1.1.2.1.4 Un examen stressant	1
1.1.2.1.5 Un examen intrusif	1
1.1.2.2 Un examen rassurant, pour se rassurer	*1*
1.1.2.3 Avoir connaissance de l'EG - pas désagréable, pas peur	*1*
1.1.3 Représentation des patientes du point de vue des professionnel·le·s	12
1.1.3.1 Un examen à valence émotionnelle négative	*10*
1.1.3.3.1 Un examen désagréable	3
1.1.3.3.2 Un examen gênant, pas anodin, pas évident, délicat	6
1.1.3.3.3 Sentiment d'obligation	4
1.1.3.3.4 Un examen intrusif	2
1.1.3.3.5 Un examen subi, réticence	3
1.1.3.3.6 Appréhension de la douleur de l'EG	2
1.1.3.3.7 Stress, peur d'avoir un problème (pas que l'EG)	1
1.1.3.2 Un examen pour se rassurer	*5*
1.2 Représentation de l'intime en consultation gynécologique	
1.2.1 EG comme un examen intime	6
1.2.2 Double intrusion dans l'intimité	2
1.2.2.1 Intime lié à l'examen et l'exposition des parties génitales	*9*
1.2.2.1.1 Représentations des parties génitales	9
Une zone de plaisir et de violence	5

Une zone qu'on ne montre pas, qu'à soi, son partenaire ou professionnel·le 7
1.2.2.1.2 Connotation sexuelle de l'EG 4
1.2.2.2 Intime lié au discours sur les parties génitales (sexualité, etc.) *6*
1.2.2.2.1 Sexualité 5
1.2.2.2.2 Les violences, agressions sexuelles 2
1.2.2.2.3 Les cycles menstruels 3
1.2.2.2.4 L'hygiène 1
1.2.2.2.5 Le désir d'enfant 1
1.2.3 L'intime : une spécificité de la relation gynécologique (comparaison avec ORL et autres) 13
1.2.4 Pudeur à faire l'EG 1
1.2.5 Les réactions des femmes à l'EG, gestion du caractère intime
1.2.5.1 Difficultés, gêne, pudeur, hontes liées à la nudité, exposition des parties génitales *10*
1.2.5.2 Celles qui sont à l'aise (habitude, moins de pudeur, être là pour ça) *8*
1.2.5.3 Perception d'une pudeur des femmes à poser des questions *1*
1.2.5.4 Facteurs socio-culturels dans le rapport des patientes à l'intime *4*
1.3 Les différents examens (spéculum, dCCU) 2
1.3.1 L'examen au spéculum 6
1.3.1.1 Un examen mal vécu par les femmes, vraiment désagréable, appréhension, douleur (comparaison aux autres examens) *4*
1.3.1.2 Description de l'examen *1*
1.3.2 Le dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis) (thème abordé dans guide) 12
1.3.2.1 Un enjeu de santé publique - recours insuffisant au dCCU *2*
1.3.2.2 Un examen utile, efficace, important *8*
1.3.2.3 Un examen pas obligatoire *3*
1.3.2.4 Un examen facile, acte simple *2*
1.3.2.5 Un examen accessible *1*
1.3.2.6 Un examen pour prendre soin de sa féminité *1*
1.3.2.7 Sur la vaccination HPV - sentiment de colère, injustice *1*
1.3.3 Le toucher vaginal 5
1.3.3.1 Mieux vécu, moins douloureux (que le spéculum) *3*
1.3.3.2 Utilisation des doigts comme désagréable pour les patientes *1*
1.3.3.3 Peu d'intérêt, se pratique de moins en moins lors de la grossesse, dans certains contextes *1*
1.3.3.4 Description de l'examen *1*
1.3.4 L'examen des seins 8

1.3.4.1 Moins tabou que les parties génitales, moins de refus que l'examen génital 3
1.3.4.2 Reste un examen intime (zone intime), pas évident 3
1.3.4.3 Discours sur le dépistage organisé du cancer du sein (inefficacité, ne le propose pas, proposer la palpation) 1
1.3.4.4 Apprentissage de l'autopalpation en consultation 1
1.3.5 La palpation abdominale (intérêt ...) 2
1.3.6 L'échographie endovaginale (appréhension, mieux vécu que spéculum) 1
1.3.7 La colposcopie 2
1.3.8 Le toucher rectal (parfois nécessaire, inattendu) 1
1.4 Représentations de la position gynécologique 4
1.4.1 Une position de vulnérabilité, faiblesse, gênante pour les femmes (et en tant que patiente) 4
1.4.2 Une position qui facilite les professionnel·le·s (décontraction musculaire) 1
1.5 Les modalités de réalisation, ou non, d'EG 13
1.5.1 Évolution des recommandations, notamment du dCCU (avant - examen systématique, aujourd'hui non) 4
1.5.1.1 Permet une diminution de la médicalisation des femmes (moins d'EG, une bonne chose) 2
1.5.1.2 Effet négatif du délai de dépistage (moins d'EG) 1
1.5.1.3 Suivre les recommandations (frottis) permet d'examiner régulièrement 1
1.5.2 Nécessité de l'EG quand symptômes, urgence, problème 6
1.5.3 En l'absence de problèmes, symptômes 12
1.5.3.1 Pas nécessaire d'examiner systématiquement (motivations à l'examen, selon les recommandations, historique patiente) 7
1.5.3.1.1 Avant 25 ans, ado - pas d'EG, pas de dépistage du CCU 8
Dépistage du CCU non-obligatoire en l'absence de rapports sexuels 1
1.5.3.1.2 Remise en question de l'utilité de l'examen au spéculum (hors dépistage, absence de symptômes 1
1.5.3.1.3 Pratiquer l'EG dans une visée d'*empowerment* 1
1.5.3.1.4 Ne pas examiner les femmes - un point de vue excessif 1
1.5.3.2 Nécessité de l'EG (risque de passer à côté d'une pathologie, révélateur de violences) 4
1.5.3.3 Un EG par an 5
1.5.3.4 Faire des EG pour se protéger (médico-légal) plutot que pour la santé de la patiente 1
1.5.3.5 À la demande des patientes 2
1.5.3.6 Le dépistage du CCU - un motif principal de réalisation d'EG 1
1.6 Représentations de l'EG idéal (ce qu'il faudrait)

1.6.1 Pas d'EG 3
1.6.2 Un bon climat relationnel 4
1.6.3 En tant que professionnel·le
1.6.3.1 Pouvoir prendre le temps (pour expliquer, demander accord, etc.) *4*
1.6.3.2 Pouvoir répondre à la problématique des personnes *2*
1.6.3.3 Un examen contributif, observer le col, absence de difficultés *3*
1.6.4 Les pratiques professionnelles
1.6.4.1 Respect de la séquence de la consultation *1*
1.6.4.2 Respect de l'intimité - Ne pas déshabiller entièrement *1*
1.6.4.3 Laisser le choix de la position pour l'EG *2*
1.6.4.4 Toucher le corps avant l'EG pour prévenir *1*
1.6.4.5 Expliquer, prévenir au fur et à mesure de l'examen *2*
1.6.4.6 Utilisation de lubrifiant *2*
1.6.4.7 Proposer l'auto-insertion du spéculum *2*
1.6.4.8 Proposer l'auto-observation *2*
1.6.4.9 Laisser la personne se laver (les mains, le sexe) après l'EG *1*
1.6.5 Les patientes
1.6.5.1 Un examen non douloureux, bien vécu *8*
1.6.5.2 Des patientes bien positionnées (jambes écartées) *2*
1.6.5.2 Des patientes non traumatisées par des expériences médicales passées *1*
1.6.5.4 Pas de seins 'trop gras' pour faciliter la palpation mammaire *1*
1.6.5.5 Des patientes qui comprennent les examens réalisés *1*
1.6.6 Matériel, Cadre
1.6.6.1 Pour le respect de l'intimité des patientes
1.6.6.1.1 Séparation de l'espace pour le déshabillage et rhabillage (cabine, paravent, autre salle) 3
1.6.6.1.2 Avoir la possibilité de couvrir la patiente durant l'EG (draps) 3
1.6.6.2 Pour le confort, mettre à l'aise les patientes *1*
1.6.6.2.1 De meilleures tables gynécologiques, coussins 2
1.6.6.2.2 Bureau de consultation agréable (lumière, taille de la salle, etc.) 2
1.6.6.2.3 Des coussins 1
1.6.6.3 Matériel nécessaire à disposition *1*
1.6.7 En tant que patiente : un·e professionnel·le idéal·e qui … 2
1.6.7.1 est à l'écoute *2*
1.6.7.2 demande des retours après l'EG (bien passé) *1*
1.6.7.3 demande l'accord *1*
1.6.7.4 essuie le gel (confort patiente) *1*

1.6.7.5 fournit des explications, conseils pour détente 2
1.6.7.6 laisse le temps pour le déshabillage, rhabillage 1
1.6.7.7 est souriant, poli 1
1.6.8 Davantage d'interprétariat 1
2. PRATIQUES ET EXPÉRIENCES LIÉES À L'EG (soi)
2.1 Description de pratiques pour mettre à l'aise les patientes, conditions d'un bon EG (soi) **9**
2.1.1 Gestion de la dimension intime de l'examen 12
2.1.1.1 En tenir compte, respecter l'intimité, la nudité, la pudeur 7
2.1.1.1.1 Lors du déshabillage - rhabillage 10
Ne pas mettre la patiente entièrement nue, en 2 temps 9
Présence mais sans regarder (dos tourné, préparation du matériel, etc.) 3
Séparer les espaces (e.g., paravent), ne pas être présente 5
2.1.1.1.2 Lors de l'EG - couvrir les patientes 5
2.1.1.1.3 Assurer la confidentialité, sécuriser les patientes 3
2.1.1.2 Dédramatiser, banaliser, rassurer 7
2.1.1.2.1 Le corps et les parties génitales 4
L'hygiène 3
L'épilation 3
Les règles 2
Les sous-vêtements 1
2.1.1.2.2 Utilisation de l'humour, plaisanterie 4
2.1.1.2.3 Appuyer sur la dimension médicale de l'EG 1
2.1.2 Importance des explications pour mettre à l'aise les patientes, les informer (déroulé, but de l'EG) 14
2.1.2.1 Prévenir, expliquer, montrer pendant l'examen, au fur et à mesure 7
2.1.2.2 Rassurer les patientes sur l'absence d'anomalie, pb 2
2.1.2.3 Difficultés de compréhension des patientes quant aux examens réalisés 1
2.1.2.4 Expliquer pour se rassurer (en tant que pro) 1
2.1.3 Importance, nécessité de pratiquer l'EG avec douceur, délicatesse, progressivité 9
2.1.3.1 Ne pas faire mal, ne pas traumatiser (une évidence, insertion progressive) 5
2.1.3.2 Lors de l'EG - ne pas les presser, ne pas les brusquer, prendre le temps 6
2.1.3.3 S'assurer, demander comment l'examen est vécu, attention portée aux patientes, leurs réactions 3
2.1.3.4 Ne pas examiner l'appareil génital en premier (palpation ...) 1
2.1.4 S'adapter aux patientes 10
2.1.4.1 À leur ressenti, état d'esprit, psychologie, à l'aise ou non 7

2.1.4.2 À leur culture, représentations 3
2.1.4.3 À leur âge, habitude ou non 3
2.1.4.4 À leur morphologie, anatomie (taille spéculum, progressif) 2
2.1.5 Confort des patientes 5
2.1.5.1 Utilisation de lubrifiant 3
2.1.5.2 Proposer, donner un papier pour essuyer le lubrifiant 1
2.1.5.3 Rapidité de l'examen 1
2.1.5.4 Laisser le choix de la position à l'EG quand cela est possible 1
2.1.6 Reporter l'EG si nécessaire, compliqué 10
2.1.6.1 Risque qu'elles ne reviennent pas 1
2.1.7 Autres pratiques 4
2.1.7.1 Mettre de la musique 3
2.1.7.2 Patiente peut être à l'initiative de solutions pour être plus à l'aise 1
2.1.7.3 Faire attention à l'hygiène de la table etc. 1
2.1.8 Entre objectif médical (faire, finir l'examen) et considération des patientes 2
2.2 Autour du consentement à l'EG 15
2.2.1 Représentations 9
2.2.1.1 La demande du consentement - une pratique récente, qui se fait de plus en plus 2
2.2.1.2 Absence de consentement à l'EG comme viol 2
2.2.1.3 Caractère dynamique du consentement 4
2.2.1.3.1 Possibilité de refus d'examen à tout moment 3
2.2.1.3.2 Consentement écrit en amont de la consultation - une absurdité 1
2.2.1.4 Présomption du consentement à l'EG 2
2.2.1.5 Sentiment d'obligation à l'EG vécu comme une agression pour les patientes 2
2.2.1.6 La demande du consentement - une pratique appréciée des patientes 1
2.2.2 Les pratiques (demander ou non le consentement) 11
2.2.2.1 Demander l'accord aux patientes, nécessité du consentement à l'examen 11
2.2.2.1.1 Ne pas forcer, ne pas obliger, ne pas imposer 4
2.2.2.2 Argumenter, inciter, rassurer pour faire accepter les patientes à l'EG 2
2.2.2.3 Imposer l'EG, insister quand nécessaire 1
2.2.3 Gestion du refus d'EG (hors contexte d'urgence) : Respect du choix de la patiente et ... 11
2.2.3.1 Report de l'examen 6
2.2.3.2 Informer la patiente (explications sur l'intérêt de l'EG, recommandations) 6
2.2.3.3 Familiarisation des patientes à l'EG (montrer la table etc.) 1

2.2.3.4 Indiquer le refus dans le dossier de la patiente 1
2.2.3.5 Arrêter les investigations (e.g., examen complémentaire) 1
2.2.4 Émotions, sentiments générés face au refus - colère, frustration, contrariété 3
2.2.5 Motifs perçus de refus des patientes selon les PDS 6
2.2.5.1 Ne pas être préparée psychologiquement à l'examen 5
2.2.5.2 Ne pas être prête génitalement (règles, hygiène, épilation) 2
2.2.6 Vision 'positive' du refus d'examen des patientes (ne subissent pas, se prennent en charge) 1
2.3 Les enjeux de l'interrogatoire **8**
2.3.1 Importance de l'interrogatoire pour la mise en place du climat de confiance, appréhender l'examen 5
2.3.2 Importance de l'interrogatoire pour la pose de diagnostics 2
2.3.3 Importance d'une approche globale des patientes (le somatique et le psychologique) 4
2.3.4 Une méthodologie stéréotypée 2
2.4 Les difficultés au bon déroulement de l'EG
2.4.1 Les patientes avec vaginisme - examen compliqué, impossible 6
2.4.2 Les patientes ménopausées - examens douloureux, compliqué 2
2.4.3 Les patientes hypertendues, contractées, stressées 6
2.4.4 Les examens douloureux 9
2.4.4.1 Les causes de la douleur 8
2.4.4.1.1 Douleur inévitable selon l'examen (pose DIU), selon le pb patiente (salpingite, douleur est le motif) 7
2.4.4.1.2 Douleur due à un manque de douceur, gestes brusques 3
Empêche d'atteindre le but médical 2
Patientes non réceptives l'examen 2
2.4.4.2 Occurrence 4
2.4.4.2.1 Fréquent, habituel 2
2.4.4.2.2 Rare, peu fréquent (expression forte de douleur) 2
2.4.5 Gestion des examens difficiles, douloureux
2.4.5.1 Accompagner les femmes pour qu'elles réussissent à faire l'EG, se détendent (Préparation, discuter avec la patiente, douceur etc.) 9
2.4.5.1.1 Ne pas laisser dans la douleur (défaire spéculum, ajout de lubrifiant ..) 3
2.4.5.1.2 Prévenir la douleur en amont (pose de DIU, ...) - Spasfon, normaliser douleur 2
2.4.5.1.3 Donner des conseils pour gérer la douleur au moment de l'examen (respiration etc.) 2
2.4.5.1.4 Mettre de la musique 1
2.4.5.1.5 Laisser le choix à la patiente d'être prévenue, explications au fur et à mesure, ou 1

non
2.4.5.1.6 Discuter avec la patiente de ses difficultés à l'EG 1
2.4.5.2 Poursuivre ou non l'EG en fonction de la patiente, de la situation *2*
2.4.5.2.1 Arrêter l'examen, ne pas forcer, ne pas insister 6
2.4.5.2.2 Arrêt et report de l'examen 5
2.4.5.2.3 Arrêter l'examen à la demande des patientes 2
2.4.5.2.4 Demander aux patientes (poursuivre l'examen avec l'accord de la patiente) 2
2.4.5.2.5 Insister, persister à l'examen avec rapidité (malgré expression de douleurs de la patiente) 3
2.4.5.2.6 Ne pas savoir s'il faut poursuivre ou arrêter l'examen - importance du dépistage vs douleur 1
2.4.5.3 Trouver d'autres alternatives à l'EG (écho, IRM, auto-prélèvements) *4*
2.4.5.4 Orienter vers un·e autre professionnel·le (ne pas avoir à faire mal) *1*
2.4.5.5 Ne pas faire l'EG *1*
2.4.5.6 Noter dans le dossier que l'examen est impossible *1*
2.4.5.7 Les patientes - volonté de 'réussir' à faire l'examen *2*
2.4.6 Autres difficultés 3
2.4.6.1 Difficultés à trouver le col de l'utérus, technique à l'EG *2*
2.4.6.1.1 Faire appel à une collègue 1
2.4.6.1.2 Rassurer les patientes car inquiétude sur la normalité (suis-je normale) 1
2.4.6.1.3 Réorienter les patientes (contraignant) 1
2.4.6.2 Difficultés à fournir un diagnostic *2*
2.4.7 Sentiments, émotions générés chez les PDS 9
2.4.7.1 Douleurs à l'EG ('Faire mal' aux patientes) - vécu difficile, inconfort, colère *4*
2.4.7.2 Douleur à l'EG - une habitude *2*
2.4.7.3 Sentiment de frustration face aux difficultés médicales (diagnostics, fournir une réponse aux patientes) *2*
2.4.7.4 Se sentir stressée, ridicule face aux EG difficiles *1*
2.4.7.5 Sentiments, émotions positives (satisfaction - expression patientes, ne pas les brutaliser) *3*
2.5 Les contraintes temporelles **8**
2.5.1 Limite de temps entrave des 'bonnes' pratiques 7
2.5.2 Une fausse excuse (des autres médecins) 2
2.5.3 Temps de consultations variables selon le motif 1
2.6 Les pratiques alternatives **7**
2.6.1 L'auto-examen (auto-insertion et ou miroir) 6
2.6.1.1 Proposer l'auto-insertion du spéculum pour faciliter l'EG (patientes tendues, douleurs) *4*

2.6.1.2 Proposer l'auto-examen (avec observation miroir) dans une démarche d'empowerement, connaissances de soi 3
2.6.1.3 Réactions des patientes 4
2.6.1.3.1 Celles qui acceptent 3
L'observation : Un moment fort en émotion pour les patients liés à la découverte de l'intérieur 2
2.6.1.3.2 Celles qui refusent 4
Raison perçue - la population (précarité, migration) 1
Raison perçue - tabou des organes génitaux, rapport au corps 2
2.6.1.4 Potentielle difficulté dans l'accès au col 1
2.6.2 Le dCCU par auto-prélèvement 3
2.6.2.1 Intérêts : moins invasifs, moins d'examens pour les femmes 2
2.6.2.2 Risque : Un frein à la continuité des suivis (empêche de voir les patientes régulièrement) 1
2.6.3 Le dCCU - Dépister le HPV par le sang des règles (référence études récentes) 1
2.6.3.1 Intérêts - diminution du contrôle médical, moins d'EG, moins invasifs 1
2.6.3.2 Pas dans les recommandations actuelles 1
2.7 Quelle vision de ses pratiques 9
2.7.1 Retours positifs des patientes (soi) 6
2.7.1.1 Révélateur des mauvaises pratiques (des autres) 1
2.7.1.2 Sentiment d'utilité, satisfaction 2
2.7.2 Être autrice de mauvaises pratiques 2
2.7.2.1 Sentiment négatif qd consultation se passe mal 1
2.7.2.2 Peu d'expériences négatives perçues 1
2.8 Être une femme, une patiente et une praticienne 12
2.8.1 Pour penser, ou non, ses pratiques 9
2.8.1.1 Se baser sur son expérience en tant que patiente pour penser ses pratique (déshabillage notamment) 5
2.8.1.2 Être une femme permet de comprendre ce que les patientes vivent 2
2.8.1.3 Se mettre à la place de ses patientes pour penser ses pratiques 2
2.8.1.4 En tant qu'homme : ne pas pouvoir se mettre à la place d'une femme, différence de vécu 1
2.8.2 Les pratiques liées à l'EG en tant que patiente 4
2.8.2.1 Influence du genre sur le choix des PDS 3
2.8.2.1.1 Préférence pour des PDS femmes 1
Plus à l'aise, moins gênant avec une femme qu'un homme 1
Sexualisation de la relation avec PDS homme ('regard de l'homme', épilation) 1
2.8.2.1.2 Hommes perçu plus doux que les femmes 1

Car les hommes sont plus sensibles à la pudeur 1
2.8.2.1.3 Pas de réticence à être examinée par un homme 1
2.8.2.1.4 Consulter des hommes par 'hasard' - délai de rdv plus court 1
2.8.2.2 Se préparer à l'EG *2*
2.8.2.2.1 Être épilée 2
2.8.2.2.2 S'habiller pour l'EG (e.g., long t-shirt) 1
2.8.2.2.3 Être propre 1
2.8.2.3 Pratique de l'auto-examen *1*
2.8.2.4 Préférence pour consulter avec des sage-femmes *1*
2.9 Pratiques et suivi en fonction de la spécialité
2.9.1 Suivi en tant que sage-femme - domaine de la prévention 2
2.9.1.1 Spécialisation en gynécologie récente (avant obstétrique) *1*
2.9.1.2 Réorienter les patientes vers des médecins en cas de pathologies *1*
2.9.2 Médecine générale et gynécologie (double pratique) 5
2.9.2.1 Gynécologie comme part intégrante de la pratique de MG *1*
2.9.2.2 Importance, nécessité de dédier un temps spécifique à la gynécologie (séparer les consultations) *2*
2.9.2.2.1 Adapter la consultation en fonction des demandes des patientes 2
2.9.2.2.2 Adapter la consultation quand la relation est établi avec la patiente (suivi) 1
2.9.2.2.3 Orientation vers un·e gynécologue pour des motifs gynécologiques 1
2.9.2.3 Avoir connaissances des contextes familiaux (médecins de famille) *1*
2.9.2.4 Difficultés liées à la gestion de la double pratique avec les patientes (précarité) *1*
2.9.2.5 Laisser aux patientes la liberté d'organiser leur rdv gynéco (avec elle, avec une autre pro) *1*
2.9.2.6 Faible fréquence de réalisation d'EG (que si plainte, influe sur le rapport à l'EG) *2*
2.9.2.7 Les patientes *2*
2.9.2.7.1 Patientes apprécient de séparer les consultations 2
2.9.2.7.2 Confusion sur les motifs de consultation, ne pas s'être préparée à l'EG 1
3. REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES LIÉES À L'EG SELON LES PATIENTES (soi)
3.1 Les patientes ayant vécues des violences **13**
3.1.1 Le dépistage des violences 11
3.1.1.1 Les modalités de dépistage, ou non, des violences *9*
3.1.1.1.1 Dépister les violences durant l'interrogatoire (importance, à faire, systématique) 6
3.1.1.1.2 Questionner les violences quant incompréhension médicale, antécédents patientes 2
3.1.1.1.3 Questionner les violences que EG compliqués 4
3.1.1.1.4 Questionner les violences avec les patientes en suivi 1

3.1.1.1.5 Faire attention à la formulation, termes employés 1
3.1.1.1.5 Violences annoncées par les patientes durant la consultation, durant précédent suivi (pas de recherche) 3
3.1.1.2 Buts, intérêts *6*
3.1.1.2.1 Lien entre pb gynécologiques et violences (sexuelles) 5
3.1.1.2.2 Pour la pratique de l'EG 4
3.1.1.3 Réactions des patientes à l'abord des violences *3*
3.1.1.3.1 Difficultés d'en parler, oubli, protection 2
3.1.1.3.2 Se saisissent de cet espace de parole (relation de confiance) 2
3.1.1.4 Une pratique récente *1*
3.1.2 Diversité des formes de violences (sexuelles, physiques, conjugales, excision) 4
3.1.3 Des consultations, EG, PEC, qui peuvent être complexes, difficiles 6
3.1.4 Une problématique fréquente en contexte de précarité (voir thème 3.2.4) 4
3.1.4.1 Des violences qui touchent tous les milieux *1*
3.1.5 L'excision en consultation gynécologique 7
3.1.5.1 Des situations fréquentes (spécificité lieu) *3*
3.1.5.1.1 Des situations peu fréquentes 1
3.1.5.2 Représentations de l'excision *4*
3.1.5.2.1 L'excision comme une violence, mutilation sexuelle (cochez quand évoqué tel quel) 3
3.1.5.2.2 Les excisions 'bien vécues' (Afrique de l'Est versus Afrique de l'ouest) 1
3.1.5.3 Les pratiques professionnelles *6*
3.1.5.3.1 Faire le constat de l'excision lors de l'EG (car non mentionnée avant) 4
L'excision comme partie intégrante de l'EG (examen vulvaire) 1
Ouvrir la discussion, offrir un espace de parole 2
3.1.5.3.2 Importance de fournir beaucoup d'explications pour l'EG, mise en confiance 1
3.1.5.3.3 Conseils et orientations des patientes vers des centres spécialisées, associations (eg., GAMS) 3
3.1.5.3.4 Mal à l'aise avec utilisation de l'humour 1
3.1.5.3.5 Faire des certificats d'excisions pour l'obtention du droit d'asile (pour les mères, leurs filles) 1
3.1.5.3.6 Difficultés de diagnostic de l'excision 1
3.1.5.4 Les patientes (migrantes) *5*
3.1.5.4.1 Réactions à l'EG 1
Celles absente, vide, éteinte 1
Celles à l'aise, EG bien vécu 1
3.1.5.4.2 Réactions quand l'excision est mentionnée, questionnée 2
Celles perçues comme fuyantes 1
Celles qui s'en saisissent (pour elles, pour leurs filles) 2
3.1.5.4.3 Celles qui n'en parlent pas, ne le disent pas 2

3.1.5.4.4 Celles ne savaient pas qu'elles étaient excisées (autre PDS) 1
3.1.5.4.5 Celles qui n'avaient jamais reçu d'explications sur l'EG (autre PDS) 1
3.1.5.4.6 Celles qui refusent l'EG, examen impossible, mutilation trop importante 1
3.1.5.5 Le conjoint (culture, content que sa femme soit excisée - appartenance au groupe) *1*
3.1.5.6 Sentiments, émotions générés *2*
3.1.5.6.1 Sentiment d'inefficacité face à la souffrance des patientes 1
3.1.5.6.2 Être choquée (parcours de vie, violences, maintien activité sexuelle alors que douleur) 2
3.1.6 Les violences sexuelles (viol, inceste) 8
3.1.6.1 EG comme un élément déclencheur pour ces femmes (réveil du traumatisme) 5
3.1.6.2 Les pratiques professionnelles 7
3.1.6.2.1 Prendre davantage de temps, faire davantage preuve de douceur, patience, explication (en comparaison à non victime) 7
3.1.6.2.2 Ne pas les examiner à la première rencontre, reporter l'examen 3
Réaliser l'EG si les femmes expriment une peur, un pb 1
3.1.6.2.3 Offrir un espace de parole 2
3.1.6.2.4 Orienter les patientes vers une prise en charge psychiatrique, psy 2
3.1.6.2.5 Se saisir de l'EG pour « recréer une intimité » 1
3.1.6.2.6 Maintenir son rôle de médecin face aux récits violences - imprégnation affective, distance 1
3.1.6.3 Les patientes *5*
3.1.6.3.1 Réactions à l'EG 5
Celles désinhibées 1
Celles mal à l'aise, crispées, fermées, bloquées, pleurs 5
3.1.6.3.2 Perception d'un rapport à l'intime différent pour ces femmes (intimité bafouée) 1
3.2 Les patientes en situation de précarité **7**
3.2.1 Des consultations, EG, PEC qui peuvent être complexes 2
3.2.2 Pluralité des facteurs de discriminations (précarité, isolement, allophone, etc.) 1
3.2.3 La barrière de la langue en consultation 3
3.2.3.1 Une barrière qui ne devrait pas exister (sentiment d'injustice) *1*
3.2.3.2 Une problématique fréquente (spécificité lieu - PMI) *2*
3.2.3.3 Manque d'interprétariat - un frein à des soins de qualité *2*
3.2.4 Intérêt de l'exercice en PMI - centre santé 5
3.2.4.1 Intérêts du travail en équipe face aux situations difficiles (violences et/ou précarité) *4*
3.2.4.1.1 Possibilité d'orienter vers psychologue, conseillère, autre PDS, accessibilité 4
3.2.4.1.2 Un environnement sécurisant pour les patientes 2
3.2.4.1.3 Pour soi (impacts des situations des patientes sur les pro) 1

3.2.4.2 Des temps de consultations propices à l'accompagnement 1
3.2.4.3 Une approche globale des patient·e·s 2
3.2.4.4 Avoir été formée aux violences, la précarité, etc. 1
3.2.4.5 Perception d'une satisfaction, confiance des patientes, bon relationnel 2
3.2.5 Les pratiques professionnelles 6
3.2.5.1 Gestion de la barrière de la langue en consultation 5
3.2.5.1.1 Demander la présence d'une tierce personne de confiance (pour traduction) 1
Les patientes viennent accompagnées (mari, belle-mère, etc.) 2
3.2.5.1.2 Demander un interprète (qui nécessite d'organiser la consultation) 2
3.2.5.1.3 Gérer avec l'anglais 1
3.2.5.1.4 Utilisation de google traduction ('la bataille') 1
3.2.5.1.5 Utilité de carnets informatifs, supports visuels (quand il y en a) 2
3.2.5.1.6 Utilisation de mots simples 1
3.2.5.1.7 Difficultés d'explication de l'EG, préparation patiente 3
3.2.5.2 Un accompagnement spécifique, au-delà de la gynécologie 2
3.2.5.2.1 Informer les patientes pour qu'elles ne soient pas surprises, démunies (sur d'autres examens) 1
3.2.5.2.2 Les accompagner tout au long de leur prise en charge 1
3.2.5.2.3 Relancer, rappeler les patientes, s'assurer de leurs rdvs médicaux 1
3.2.5.2.4 Prendre le temps de fournir des explications 1
3.2.5.2.5 Travail en réseaux - orienter vers des associations, AS 1
3.2.5.3 Faire le moins d'EG possible (ne pas rajouter un poids) 2
3.2.5.4 Assurer une continuité du soin (voir la même PDS) 1
3.2.6 Les patientes 4
3.2.6.1 Impacts de la barrière de la langue, incompréhension des patientes 3
3.2.2.1.1 Patientes qui sont dans 'l'acceptation', facilité de réaliser l'EG 1
3.2.2.1.2 Patientes moins relaxées lors de l'EG 1
3.2.6.1.3 Manque de littéracie en santé 1
3.2.6.2 Subir leur vie, subir l'examen 1
3.2.6.3 Patientes échangent entre elles, recommandations entre pairs (PMI) 1
3.2.7 Sentiments, émotions générés 2
3.2.7.1 Sentiment de déception, insatisfaction face à l'incompréhension des patientes 1
3.2.7.2 Impact des situations difficiles sur la vie des professionnel·le·s 1
3.3 Les patientes jeunes - premier EG 8
3.3.1 Un examen encore plus délicat en tant que soignante 1
3.3.2 Les pratiques professionnelles 4
3.3.2.1 Prendre davantage le temps d'expliquer l'examen, davantage de douceur (que pour examen de routine) 4

3.3.2.2 Faire l'EG pour apprentissage de l'EG (patiente jeune, jamais eu d'EG) *1*
3.3.3 Les patientes 7
3.3.3.1 Premier EG - un moment particulier (découverte, appréhension, cap) *6*
3.3.3.2 Difficultés à relâcher le muscle *1*
3.3.3.3 Connaissance de l'EG grâce aux médias, échanges entre pairs *1*
3.3.3.4 Questionnement sur la 'normalité' *1*
3.3.4 Rôle de la mère, famille : entrée en gynécologie 2
3.4 Les patientes en suivi **5**
3.4.1 Plus nécessaire d'expliquer, habitude 1
3.4.2 Présence d'une confiance, 'facteur facilitant' 4
3.4.3 Proximité (trop proche) avec ses patientes mal perçue 1
3.4.4 Enjeu de maintenir une distance professionnelle 1
3.5 Les patientes rencontrées pour la première fois **2**
3.5.1 Création de la relation (EG pas obligatoire, explications ...) 1
3.5.2 Sentiments, émotions générés - Peurs, doutes 1
4. REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES LIÉES À L'EG SELON LE CONTEXTE (soi)
4.1 Contexte de prévention **11**
4.1.1 Avoir davantage de temps, possibilité de report (en comparaison à contexte d'urgence) 3
4.1.2 Prendre le temps pour aborder différents sujets et faire de la prévention (en comparaison à urgence) 1
4.1.3 Examens de prévention comme générant de l'inquiétude, peur chez les patientes 1
4.1.4 Contexte de dépistage du CCU 9
4.1.4.1 Les pratiques professionnelles *7*
4.1.4.1.1 Explications aux patientes (importance du dépistage, les rassurer) 5
Contrainte de temps - expliquer trop rapidement 2
Difficultés d'explications, de gestions lors de résultats positifs (infection HPV, etc.) 3
Nécessité d'explications sur plusieurs consultations 1
S'assurer davantage que les femmes ont bien compris (reformulation) 1
4.1.4.1.2 Transmettre aux patientes une vision positive du frottis comme prendre soin de sa féminité 1
4.1.4.1.4 De l'administratif (papiers, contraignant) 1
4.1.4.1.5 Incertitude sur l'utilisation de lubrifiant ou non - proposer sans lubrifiant 1
4.1.4.1.6 Différer le frottis de l'examen selon le choix des patientes (reprise de rdv, risque que patiente ne reviennent pas) 1

4.1.4.1.7 Indiquer que l'examen est non douloureux 1
4.1.4.2 Les patientes *3*
4.1.4.2.1 Peur de frottis pathologiques chez les patientes, examen qui inquiète les femmes 3
4.1.4.2.2 Perception d'une bonne compréhension des patientes (même quand barrière de la langue) 1
4.2 Contexte d'urgence **6**
4.2.1 Des consultations où le problème est au centre 3
4.2.2 Les pratiques professionnelles 3
4.2.2.1 Gestes médicaux plus rapides en tant que pro *2*
4.2.2.2 Absence de difficulté à l'auscultation en urgence (vécu pro) *1*
4.2.2.3 Douleur à l'EG non liée à la pratique de l'EG mais à un problème *1*
4.2.2.4 Fournir moins d'explications sur l'EG *1*
4.2.3 Les patientes – États d'esprits et attentes différents des patientes en contexte d'urgence (vs routine) 4
4.3 La contraception en consultation gynécologique **7**
4.3.1 Des consultations spécifiques 1
4.3.2 Un motif de consultation fréquent 1
4.3.3 Le choix contraceptif 5
4.3.3.1 Importance de laisser le choix à la personne (expliquer, etc) *2*
4.3.3.2 Fréquence des rapports comme critère pour la contraception *2*
4.3.3.3 Le passé gynécologique (IVG) *1*
4.3.3.4 Consommation tabagique *1*
4.3.4 Caractère intrusif du stérilet (avoir qqchose à l'intérieur) 1
4.3.5 Influence sociale - croyances des patientes sur la contraception 1
4.3.6 Référence au conjoint 1
4.3.7 Contraception comme de la prévention 1
4.4 Présence de tierces personnes dans la consultation
4.4.1 Présence d'étudiant·e·s (externe, interne) 7
4.4.1.1 Les pratique professionnelles 7
4.4.1.1.1 Respect et confort des patientes (accord, choix, etc.) 6
Faire l'EG soi-même pour les patientes en difficultés (antécédents violences sexuelles) 1
Laisser le choix, demander l'accord aux patientes pour l'EG 4
Proposer de laisser seule l'étudiant·e ou se mettre à côte 1
Prévenir, rassurer les patientes 3
4.4.1.1.2 Les patientes n'ont pas vraiment les choix 1
4.4.1.1.3 Banalisation de la présence d'interne quand ce sont des filles 1
4.4.1.1.4 Difficultés de laisser faire les étudiant·e·s 1

4.4.1.2 Les patientes 3
4.4.1.2.1 Gêne, difficulté pour les patientes (s'attendre à une seule personne) 1
4.4.1.2.2 Refus si c'est un garçon, et inversement 1
4.4.1.2.3 Les patientes acceptent (importance de former les médecins) 1
4.4.2 Présence d'enfants en consultation 2
4.4.2.1 Femmes isolées : nécessité de faire avec les enfants, examens difficiles 1
4.4.2.2 Nécessité d'aller vite, moins d'explications 1
4.4.3 Présence du partenaire (homme, géniteur, conjoint) 3
4.4.3.1 Présence non souhaitée car comportements « inadaptés » (agressivité, non concernés, violences conjugales etc.) 3
4.4.3.2 Présence souhaitée, utile lors de suivi obstétrical (en comparaison au suivi gynéco) 1
4.4.3.3 Rarement présents (suivi obstétrical) 2
4.5 Contexte de suivi obstétrical 4
4.5.1 Les pratiques professionnelles 4
4.5.1.1 Être attentif.ve à la patiente, ne pas oublier le confort de la patiente (car bébé) 1
4.5.1.2 Faire le moins d'EG possible lors de la grossesse 3
4.5.1.3 Rassurer la patiente sur le bébé 1
4.5.2 Les patientes - État d'esprit différent 1
5. ABORD DE SUJETS INTIMES ET TABOUS EN CONSULTATION GYNECOLOGIQUE (soi)
5.1 Représentations et tabous en consultation gynécologique
5.1.1 Représentations et tabous des patientes 10
5.1.1.1 Liés à la sexualité (on n'en parle pas, sexualité hétéro) 4
5.1.1.2 Liés aux parties génitales (zone à cacher, on n'en parle pas, honte) 4
5.1.1.3 Liés aux règles, cycles menstruels (on n'en parle pas, sale) 3
5.1.1.4 EG et virginité 1
5.1.1.5 Liés à la fertilité, stérilité 1
5.1.1.6 Liés à l'hygiène corporelle, génitale (sale) 1
5.1.2 Facteurs socio-culturels 6
5.1.2.1 L'éducation des patientes 1
5.1.2.2 Origine socio-culturelle, religion des patientes (Maghreb, Afrique, Comores, religion musulmane) 4
5.1.2.3 Civilisation judéo-chrétienne 1
5.1.2.4 Perception d'un 'retour en arrière' (libération sexuelle et tabou) 1
5.1.3 Conséquences des tabous, représentations des patientes au niveau gynécologique 3

5.2 Rôle perçu dans l'abord de sujets intimes, tabous **8**

5.2.1 Offrir un espace de parole pour aborder des sujets intimes (sexualité, cycles menstruels) 4

5.2.2 Transmettre des connaissances sur l'anatomie, sexualité etc. 5

5.2.2.1 Nécessite du temps, difficultés d'articuler avec l'EG, la consultation *3*

5.2.2.2 Travail d'explications pour faire accepter les examens (HPV, dCCU, EG) *2*

5.2.3 Fournir des conseils aux patientes pour leur sexualité, vie de couple 3

5.2.3.1 Discuter dans le couple *2*

5.2.3.2 Pratiques sexuelles dans le couple (caresses, prendre le temps) *2*

5.2.3.3 Utilisation de lubrifiant *3*

5.2.3.4 Consulter une sexologue (selon les revenus) *1*

5.2.3.5 Proposer des lectures *1*

5.2.3.6 Conseils en fonction de l'âge des patientes (notion de consentement) *1*

5.2.3.7 Orientation vers une conseillère familiale et conjugale (pb dans le couple) *1*

5.2.4 Rassurer sur la normalité 3

5.2.5 Relation de confiance permet d'aborder des sujets intimes 4

5.2.6 Investiguer la douleur lors des rapports sexuels - somatiques, psychologiques, antécédents de violence 4

5.3 Contexte d'évocation de la sexualité en consultation

5.3.1 La sexualité - une thématique, problématique fréquente 2

5.3.2 Abord de la sexualité en lien avec motif, pb patiente (i.e., pas automatique, spontanée) 5

5.3.2.1 Abord de l'activité sexuelle pour la contraception *2*

5.3.2.2 Abord de l'activité sexuelle pour le risque d'IST *3*

5.3.2.3 Abord de la sexualité si EG difficile, douloureux *1*

5.3.3 Les patientes - Évocations de difficultés liées à la sexualité (douleurs, absence d'orgasme, pb lubrification, etc.) 5

5.4 Sentiments générés chez les PDS **2**

5.4.1 Sentiment d'être démunie, difficultés de fournir des explications, des réponses 1

5.4.2 Sentiment de 'satisfaction' lorsque impact positif sur la sexualité des patientes 1

5.5 Les patientes **9**

5.5.1 Se saisissent de cet espace pour parler de sexualité, vie de couple etc. 4

5.5.1.1 Selon l'âge des patientes (vers 25, 30 ans) *1*

5.5.2 Sentiment de responsabilité des patientes quant à leur pb de sexualité 2

5.5.3 Perception d'une satisfaction des patientes (écoute, conseils, impact sur 3

vie sexuelle)

5.5.3.1 D'autres attendent une 'solution magique' (vision mécanique de la sexualité sous-jacente) 1

5.5.4 Un cheminement pour les patientes (éducation à la sexualité, pas en une fois) 2

5.5.5 Manque de connaissance de leur anatomie (clitoris, etc.) 5

5.5.6 Normalisation des rapports sexuels douloureux etc. (précarité) 1

5.6 Le conjoint **2**

5.6.1 Se saisit de cet espace pour parler de leur problème de sexualité (musulman) 1

5.6.2 Expression d'une inquiétude sur la fertilité de sa femme (culture gitane) 1

5.7 Les formations des patientes sur la santé sexuelle et reproductive (un manque à l'école) 3

6. REPRÉSENTATIONS DES PRATIQUES ET EXPÉRIENCES LIÉES À L'EG DES AUTRES

6.1 Représentations des pratiques liées à l'EG des patientes

6.1.1 Le recours au suivi gynéco (EG, dCCU)

6.1.1.1 Inégalités sociales de santé dans le recours au suivi gynéco (EG, dCCU) 5

6.1.1.1.1 Les femmes en situation de précarité (allophones, migrantes, etc.) - un moindre recours à l'EG, au frottis (dépistage, prévention) 4

Accès aux soins par l'obstétrique 1

Causes perçues (moindre accès aux informations, survie, vulnérabilité) 4

Conséquences perçues - Des patientes plus à risque, vulnérable en matière de santé 2

6.1.1.1.2 Les femmes plus favorisées (libéral, clinique) - en demande d'examens, sur-dépistage 3

6.1.1.2 Freins perçus pour le recours au suivi gynéco selon les PDS *13*

6.1.1.2.1 l'EG - désagréable 2

6.1.1.2.2 Appréhension de la douleur liée à l'EG 3

6.1.1.2.3 Gêne, honte liées à la nudité, exposition des parties génitales 4

6.1.1.2.4 Peur de découvrir un problème (frottis) 1

6.1.1.2.5 S'attendre à un EG pour les premières consultations, femmes jeunes 3

6.1.1.2.6 Vécu de mauvaises expériences passées liées à l'EG 8

6.1.1.2.7 Vécu de violences sexuelles, conjugales 4

6.1.1.2.8 Freins pratiques - Accessibilité des PDS 1

6.1.2 Les pratiques liées aux choix des praticien·ne·s

6.1.2.1 Influence du genre *5*

6.1.2.1.1 Préférence des patientes pour PDS femmes 5

Du fait de leur religion (musulmane) 3

Partage d'une expérience de femme (essentialisation) 1
6.1.2.1.2 Raisons perçues pour consulter un homme 2
Gêne de consulter une femme (connotation sexuelle) 1
Hommes perçus comme plus doux que les femmes 1
Par contrainte 1
6.1.2.1.3 Préférence selon le type de suivi (hommes pour l'obstétrique, femmes pour la gynécologie) 1
6.1.2.1.4 Faire attention lors de la prise de rdv 1
6.1.2.2 Des recommandations entre pairs (patientes échangent entre elles) *1*
6.1.2.3 Médecin généraliste et gynécologue *2*
6.1.2.3.1 Préférence des patientes pour consulter un·e autre professionnel·le pour la gynécologie 2
6.1.2.3.2 Préférence des patientes pour à la fois médecin traitant et gynécologue 1
6.1.3 Se préparer à l'EG
6.1.3.1 Une préparation psychologique, mentale *5*
6.1.3.2 Une préparation 'physique', les parties génitales *6*
6.1.3.2.1 Ne pas s'être épilée - gêne, honte 5
6.1.3.2.2 L'hygiène - stress, hygiène excessives 5
6.1.3.2.3 Avoir ses règles - gêne, honte 4
6.1.3.2.4 Choix des sous-vêtements 1
6.1.3.2.5 Perception de facteurs socio-culturels (âge, musulmane) 1
6.2 Représentations des autres professionnel·le·s et variabilité des pratiques professionnelles **11**
6.2.1 Selon la personnalité 4
6.2.2 Selon le genre 3
6.2.2.1 être entre femmes (faire moins attention) *2*
6.2.2.2 Pour les femmes - possibilité de projection, vécu *1*
6.2.2.3 Une question d'approche plutôt que de genre *2*
6.2.3 Selon l'âge, l'expérience 7
6.2.3.1 Différence générationnelle (Jeunes médecins + bienveillant, empathique, - brutaux, que médecins de l'ancienne génération) *4*
6.2.3.2 Internes - comportements brusques *2*
6.2.4 Selon la spécialité 7
6.2.4.1 Les sage-femmes versus les médecins *4*
6.2.4.1.1 Vision positive des sage-femmes et de leurs pratiques en comparaison aux médecins 4
6.2.4.1.2 Vision positive des médecins en comparaison aux sage-femmes (avant en salle d'accouchement) 1
6.2.4.2 Les médecins généralistes *2*

6.2.4.2.1 Tous former à la santé des femmes mais pas tous pratique l'EG (manque de formation, manque de matériel) 1
6.2.4.2.2 Une approche différente 1
6.2.4.3 Les obstétriciens en contexte d'urgence (manque de temps, peu d'explications …) *1*
6.2.5 Selon le lieu d'exercice 3
6.2.5.1 Une vision négative des professionnel·le·s exerçant en clinique, libéral *3*
6.2.5.1.1 Les gynécologues en clinique perçus comme irrespectueux 1
6.2.5.1.2 L'exercice en libéral 3
Automatisme des examens 1
Manque de temps pour une bonne prise en charge 1
Vison négative des médecins en libéral (vision des soins capitaliste) 1
6.3 Représentations des mauvaises pratiques et expériences, violences gynécologiques liées à l'EG **16**
6.3.1 Des expériences observées, entendues, vécues (i.e., les autres praticien·ne·s) 13
6.3.1.1 Des histoires qu'on entend (amies, autres) *3*
6.3.1.2 Des observations lors de l'internat, stages, etc. *5*
6.3.1.2.1 L'observation de pratiques (mauvaises) comme une occasion d'apprentissage 3
6.3.1.3 Mauvaises expériences passées de l'EG des patientes (elles en parlent en consultation) *8*
6.3.1.4 Des expériences vécues en tant que patiente *7*
6.3.2 Occurrence des mauvaises expériences, violences
6.3.2.1 Des expériences fréquentes *7*
6.3.2.1.1 Un discours fréquent dans la patientèle 5
6.3.2.1.2 Une observation fréquente (stage, internat) 2
6.3.2.1.3 Des témoignages fréquents (amies) 1
6.3.2.2 Des expériences qui se racontent très peu *1*
6.3.2.3 Une surestimation des violences du fait de l'utilisation d'Internet *1*
6.3.3 Les pratiques (des autres) contribuant à de mauvaises expériences (des patientes, de soi) 13
6.3.3.01 Un défaut d'explications 7
6.3.3.02 Des gestes brusques, sans prévenir, engendrant de la douleur 7
6.3.3.03 Non prise en compte de l'intimité (déshabillage etc.) 6
6.3.3.04 Non utilisation de gel lubrifiant 1
6.3.3.05 Manque d'hygiène 1
6.3.3.06 Examen réalisé trop jeune 1
6.3.3.07 Un manque d'empathie, d'écoute 2
6.3.3.08 Des remarques verbales (minimisation, indifférence douleur) 1

6.3.3.09 Des jugements 1
6.3.3.10 Ne pas dépister les 'situations à hauts risques' (patientes difficultés avec examen) 1
6.3.3.11 Non respect de la séquence de la consultation, ne pas mener l'intégralité de la consultation (venir que pour l'EG) 1
6.3.4 Justifications
6.3.4.1 Un manque de temps *2*
6.3.4.2 Perçus comme involontaires, non intentionnelles *2*
6.3.4.3 Des pratiques ancrées dans les habitudes *1*
6.3.4.4 Travailler en urgence *1*
6.3.4.5 Des violences institutionnelles qui traversent le soin (patriarcat, capitalisme, racisme, etc.) *1*
6.3.5 Les violences gynécologiques (codé quand mentionné tel quel) 8
6.3.5.1 Des violences existantes, dont on ne parlait pas avant *5*
6.3.5.2 Thématique présente dans les congrès de gynécologie (actuel) 1
6.3.5.3 Permet une remise en question des pratiques, une avancée (consentement, explication) 3
6.3.5.2 Des expériences vécues, perçues comme violentes par les patientes (et non des violences effectives) *2*
6.3.5.3 Distinguer des soins de mauvaises qualités et violences *4*
6.3.5.3.1 Une question d'intention 3
6.3.5.3.2 Le 'viol gynécologique' - une absurdité (absence d'intention sexuel) 2
6.3.5.3.3 Existence de 'pervers', 'd'abrutis finis' (des exceptions) 2
6.3.5.5 Représentations des actes et propos considérés comme des violences (codé quand mentionnez comme tel) *3*
6.3.5.5.1 Remarques sexistes, validistes grossophobes, racistes 2
6.3.5.5.2 Des violences sexuelles 2
6.3.5.5.3 Des agressions 1
6.3.5.6 Sentiments, émotions générés *4*
6.3.5.6.1 Sentiment d'aberration, agacement face aux mauvaises pratiques, violences, leur fréquence 3
6.3.5.6.2 Réaction défensive, justification au départ (on n'est pas violents) 1
6.3.5.6.3 être choquée, aberration face à la qualification de 'viol', violences 1
6.3.5.6.4 Difficultés des médecins face au gynécobashing 1
7. REPRÉSENTATIONS DES RELATIONS SOIGNANT.E-SOIGNEE, DE LA GYNÉCOLOGIE & DE LA FÉMINITÉ
7.1 Représentations des relations soignant·e-soignée
7.1.1 Rôle, utilité perçu PDS
7.1.1.1 Obtenir, fournir des réponses à un pb, questions (poser un diagnostic, traitements, etc.) *7*
7.1.1.2 Accompagnement, aide, conseils *4*

7.1.1.3 Transmettre des informations aux patientes (pour qu'elles prennent une décision) 5
7.1.1.4 Permettre l'accès à la contraception (DIU, avortement) 2
7.1.1.5 Fournir des arrêts de travail 1
7.1.2 Rôle perçu des patientes - prendre des décisions sur leur santé 5
7.1.3 Représentations de la relation
7.1.3.1 Une relation d'égale à égale 1
7.1.3.2 Une relation d'échange 1
7.1.3.3 Nécessité d'une attitude paternaliste avec certaines patientes 1
7.1.3.4 Être 'au service' des femmes 1
7.1.3.5 Une confiance tacite des patientes 3
7.1.3.6 Une relation professionnelle, sans familiarité 1
7.1.3.6.1 Excepté dans certaines circonstances - enfants, 'copine' 1
7.1.3.7 Un contrat 1
7.1.4 Attentes envers les patientes 2
7.1.4.1 Attentes de patientes obéissantes 2
7.1.4.2 Attentes de patientes ponctuelles 1
7.1.4.3 Non-agressivité, respect du contrat relationnel 1
7.1.5 Perception des attentes des patientes 5
7.1.5.1 Attente d'une expertise médicale 1
7.1.5.2 Attente de compétences relationnelles (confiance, écoute, accueil, considération) 3
7.1.5.3 Des demandes et attentes qui ont évoluées (+ d'exigences, être considérées) 2
7.1.5.4 Attentes différentes en fonction du contexte de consultation (prévention vs urgence) 2
7.1.6 Être médecin - gynéco (valence émotionnelle)
7.1.6.1 Une responsabilité, un investissement (et impact sur soi) 2
7.1.6.2 Être dans le doute permanent 1
7.1.7 Enjeu que les patientes reviennent, mise en place d'un suivi gynécologique (les satisfaire, mettre à l'aise, ne pas juger, etc.) 9
7.1.7.1 Sentiment de réussite, satisfaction si les patientes reviennent (instauration d'une relation de confiance) 3
7.1.7.2 Intérêts de la régularité du suivi, de l'EG 1
7.2 Représentations des évolutions de la médecine
7.2.1 Évolution vers une approche globale et respectueuse des personnes (considération patientes, etc.) 3
7.2.2 Un métier, des pratiques en constante évolution (formation, compétence, personnalité) 3

7.3 Représentations des compétences nécessaires pour être un·e 'bon·ne' professionnel·le et formation 0

7.3.1 Des compétences, connaissances techniques et médicales (nécessaires mais insuffisantes) 7

7.3.1.1 Des compétences apprises en formation, focalisation sur la technique (i.e., tous les professionnel·le·s les ont) *3*

7.3.1.2 EG et pose du spéculum - un apprentissage technique *3*

7.3.1.2.1 Manque d'apprentissage, de cours théorique 1

7.3.1.3 Nécessité d'entretenir ses connaissances médicales, pratiques (formations continues, recommandations récentes) *3*

7.3.2 Des compétences relationnelles et communicationnelles 9

7.3.2.1 Importance d'être empathique, à l'écoute, bienveillante, etc. *7*

7.3.2.2 Des compétences non apprises en formation (un manque) *2*

7.3.2.2.1 Compétences développées en fonction de la personnalité, des compétences 'naturelles' 3

7.3.2.2.2 Compétences apprises en stage (respect intimité, etc.) 2

7.3.2.2.3 Compétences qui évoluent avec les années d'exercice 1

7.3.2.2.4 Démarche personnelle de se former 1

7.3.3 Des compétences réflexives (se remettre en question) 3

7.3.4 Être à l'aise avec la dimension intime de l'examen, des sujets abordés 2

7.3.5 Un manque de formation sur les facteurs de discriminations 1

7.3.6 Mise en place récent de formation sur les violences faites aux femmes et leur dépistage 1

7.4 Représentations des motivations à se spécialiser en gynécologie **4**

7.4.1 Un attrait pour l'intime (soi, les autres) 2

7.4.2 Utilité perçue - Proposer une gynécologie bienveillante (soi) 2

7.4.3 Utilité perçue - Une profession médicale qui a du sens (efficacité dépistage CCU) (soi) 1

7.4.4 Le hasard (soi) 1

7.4.5 Interrogation sur les motivations des professionnel·le·s à se spécialiser gynécologie (les autres) 1

7.5 Représentations de la gynécologie médicale, du suivi **5**

7.5.1 Une spécialité complexe, intéressante 4

7.5.2 Une spécialité qui comprend tout le parcours de vie d'une femme 2

7.5.3 Une spécialité qui ne concerne pas que les femmes cis - universalité 2

7.5.4 Une spécialité qui s'est féminisée 2

7.5.5 Une spécialité féministe 1

7.5.6 Une spécialité méprisée par les professionnel·le·s d'autres spécialités médicales 1
7.5.7 Une spécialité de 'mise en conformité' 1
7.5.8 Spécificités de l'obstétrique (violence des accouchements, taux de sortie) 1
7.6 Discours critiques sur la gynécologie et la médecine - médicalisation et pouvoir 5
7.6.1 Critique d'une tendance à la surmédicalisation des femmes et ses conséquences 2
7.6.2 Contrôle médical, social sur le corps des femmes 3
7.6.3 Résistance perçue, vécue du corps médical à la remise en question du pouvoir médical 1
7.6.4 Critique d'une vision capitaliste du soin (libéral) 1
7.6.5 Critique d'une approche technique, mécanique, froide (les autres médecins) 1
7.7 Représentations de la féminité et de la santé 7
7.7.1 Les parties génitales et la féminité 2
7.7.1.1 Utérus comme une part de la féminité (ablation = perte féminité) 1
7.7.1.2 Se sentir femme nécessite d'être en bonne santé 1
7.7.1.3 Représentation de la bonne santé - prendre soin de leur corps et de sa féminité (vêtements, esthéticienne, sport, manger sainement) 1
7.7.1.4 Partage d'un même intérieur (rose) malgré nos différences 1
7.7.2 Sur la condition sociale des femmes 6
7.7.2.1 Inégalités hommes-femmes en matière de santé sexuelle et reproductive (responsabilité des femmes) 2
7.7.2.2 Difficile d'être une femme dans cette société, autres sociétés 3
7.7.2.3 Normalisation, banalisation de la douleur pour les femmes 1
7.7.2.4 Influence des médias sur les représentations de la vulve pour les jeunes 1
7.7.2.5 Présence d'une injonction sociale, familiale à la maternité (selon culture) 1
7.7.2.6 Manque de connaissance des femmes quant à leur corps, anatomie 1
7.7.2.7 Sortir d'une vision victimaire des femmes et des violences qu'elles vivent 1
7.7.3 Difficile d'être une personne trans dans cette société 1

Annexe 18. Grille d'analyse thématique auprès des femmes

Axes thématiques et sous-thématiques	N
1. REPRÉSENTATIONS DE L'EG	
1.1 EG comme un examen médical	**6**
1.1.1 Un examen de dépistage, prévention, contrôle	2
1.1.2 Un examen important, nécessaire, utile	4
1.1.3 Un examen comme un autre car important pour la santé	3
1.1.4 Un examen médical (pas de connotation sexuelle)	1
1.2 EG comme un examen intime	**6**
1.2.1 Intime du fait de la nudité, position et exposition des parties génitales	5
1.2.1.1 Représentations des parties génitales	*3*
1.2.1.1.1 Une zone de plaisir et de souffrance	2
1.2.1.1.2 Une zone qu'on ne montre pas, qu'à soi, partenaire, PDS	2
1.2.2 Intime du fait de l'abord de sujets intime, intrusif	1
1.2.3 Une spécificité de la gynécologie (comparaison avec d'autres professions) - nudité, parties génitales, intime	4
1.2.4 Connotation sexuelle de l'EG	1
1.3. Un examen systématique (s'attendre à un EG quand consultation)	**1**
1.4 Représentations des différents examens (dépistage du CCU, spéculum, *etc.*)	**7**
1.4.1 Représentations du frottis (dCCU) (thème abordé dans le guide)	6
1.4.1.1 Un examen important pour la santé des femmes	*3*
1.4.1.2 Un examen de contrôle (prévention, dépistage)	*3*
1.4.1.3 Un examen pour se rassurer	*2*
1.4.1.4 Un examen désagréable, parfois douloureux	*2*
1.4.1.5 Un examen non douloureux, rapide	*1*
1.4.1.6 Les professionnel·le·s (médecin généraliste)	*1*
1.4.1.7 Repenser la prévention - Vaccination HPV pour les garçons	*1*
1.4.2 Le spéculum	3
1.4.2.1 Intrusif	*1*
1.4.2.2 Génère de l'appréhension, anxiété	*2*
1.4.3 L'échographie endovaginale	2
1.4.4 La colposcopie (intrusif, douloureux)	1
1.5 Enjeu du premier EG	**2**

Axes thématiques et sous-thématiques	N
1.6 Représentations des recommandations	**7**
1.6.1 Le recours à l'EG et, ou la consultation gynécologique	5
1.6.1.1 Une, deux fois par an	*3*
1.6.1.2 Une fois par an	*4*
1.6.1.3 En fonction de la situation de couple, activité sexuelle	*1*
1.6.2 Le recours au frottis, dCCU	6
1.6.2.1 Une fois par an	*2*
1.6.2.2 Tous les 2 ans	*1*
1.6.2.3 Après l'entrée en sexualité	*1*
1.6.2.4 Discours injonctif sur le recours aux frottis (il faut le faire)	*5*
1.6.3 Discours injonctif sur le recours aux examens de dépistage (norme préventive)	5
1.6.3.1 Pour ne pas se culpabiliser	*1*
1.7 Représentations de l'EG idéal (ce qu'il faudrait, devrait, ce qui est important)	**8**
1.7.1 Vécu en tant que patiente	7
1.7.1.1 Absence de douleur à l'EG	*2*
1.7.1.2 Pas d'apprension, pas de stress etc	*1*
1.7.1.3 Une absence de problème gynécologique	*3*
1.7.1.4 Avoir un rôle actif, participatif dans l'examen	*1*
1.7.1.5 une expérience de soin, une expérience pas traumatisante	*2*
1.7.2 Les professionnel·le·s et leurs pratiques	7
1.7.2.1 Attitudes des PDS	*5*
1.7.2.1.1 Mise en confiance	3
1.7.2.1.2 Professionnalisme (entre détachement et compassion)	3
1.7.2.1.3 être « safe », bienveillant	1
1.7.2.1.4 Attitude de disponibilité, présence, à l'écoute	2
1.7.2.2 Les pratiques liées à l'EG	*7*
	1
1.7.2.2.1 Importance des explications (avant, pendant, après)	5
Faire part de ses observations, rassurer que tout va bien	1
Pour mieux comprendre son corps, les procédures	1
1.7.2.2.2 Badinage, partage, proximité (avant et pendant l'EG)	5
1.7.2.2.3 Informer et demande du consentement	3
Laisser la possibilité d'une décision éclairée (avantages, inconvénient)	1
Ne pas forcer l'EG, demander le consentement	3

Axes thématiques et sous-thématiques	N
1.7.2.2.4 S'adapter, être attentif·ve aux réactions des patientes	3
1.7.2.2.5 Prendre le temps, avoir des gestes doux	3
1.7.2.2.6 Respect de l'intimité, discrétion	3
1.7.2.2.7 Proposer l'auto-insertino du spéculum	1
1.7.2.2.8 Utilisation de lubrifiant (Femmes ménopausée)	1
1.7.2.2.9 Rendre l'examen moins désagréable, moins intrusifs	1
1.7.2.2.10 Rapidité de l'examen	1
1.7.2.11 Ritualisation de l'EG	1
1.7.2.2.12 Demander comme l'examen a été vécu	1
1.7.2.2.13 Reconnaître la douleur, la prendre en compte	1
1.7.2.3 Des professionnel·le·s compétent·e·s (ne pas passer à côté d'un pb, diagnostic, compétences médicales)	*1*
1.7.2.4 Environnement matériel	*2*
1.7.2.4.1 Respect de l'hygiène (cabinet)	1
1.7.2.4.2 Des salles chauffées	1
1.7.2.5 Intérêt de supervision pour les professionnel·le·s	*1*
1.7.3 Rapidité, spontanéité du rendez-vous	2
1.7.4 Une relation plus horizontale, moins hiérarchique	1
1.7.4.1.1 Pour une reconnaissance du savoir des femmes	*1*
2. EXPÉRIENCES DE L'EG ET CG	
2.1 Description du contexte de la consultation	
2.1.1 Contexte de la consultation (motif - quand évoqué, distingué)	6
2.1.1.1 Consultation, suivi gynécologique	*5*
2.1.1.1.1 Premier EG, jeune	4
2.1.1.1.2 Problème gynécologique (*e.g.*, vaginisme)	2
2.1.1.1.3 Suivi gynécologique	1
2.1.1.4 Problème gynécologique grave (CCU), chirurgie, urgence gynécologique	*5*
2.1.1.4.1 Ligature des trompes	2
2.1.1.4.2 Parcours CCU (chimiothérapie, radiothérapie *etc.*)	1
2.1.1.4.3 Urgence gynécologique	1
2.1.1.4.4 Endométriose, adénomyose	1
2.1.1.5 Obstétrique (accouchement, suivi)	*4*
2.1.1.5.1 Accouchement	3
2.1.1.5.2 Suivi obstétrical	3
2.1.2 Caractéristiques des professionnel·le·s (cochez quand saillant)	6
2.1.2.1 Genre	*5*

Axes thématiques et sous-thématiques	N
2.1.2.1.1 Homme	2
2.1.2.1.2 Femme	3
2.1.2.2 Spécialité	*3*
2.1.2.2.1 Gynécologue, médecin	1
2.1.2.2.2 Sage-femme	2
2.1.2.2.3 Obstétricien·ne	2
2.1.2.3 Âge	*3*
2.1.2.3.1 « Certain âge »	2
2.1.2.3.2 Jeune	1
2.2 Expérience de la prévention, la santé, et la maladie	**8**
2.2.1 Une expérience émotionnelle - les effets de la prévention	8
2.2.1.1 Stress, peur d'avoir un problème	*6*
2.2.1.2 EG pour se rassurer	*5*
2.2.1.3 Sentiment d'obligation	*3*
2.2.1.4 L'attente des résultats (impatience)	*2*
2.2.2 Expérience(s) de la maladie et de la santé	5
2.2.2.1 Stress, peur de récidive de cancer	*1*
2.2.2.2 Absence de problème comme élément positif de l'expérience	*3*
2.2.2.3 Expériences difficiles liées à des effets secondaires, complications, pb médicaux (rejet DIU, traitement, chimio)	*3*
2.2.3 Rapport à la santé	6
2.2.3.1 Importance d'être en bonne santé (essentiel, primordial)	*3*
2.2.3.2 Faire attention à sa santé, à son corps (comportements hygiène, sexuels)	*2*
2.2.3.3 Difficultés à prendre soin de sa santé (évitement, quand problème), difficultés avec le milieu médical	*2*
2.3 Expérience de l'intime en consultation gynécologique	**7**
2.3.1 Une expérience à valence émotionnelle négative	5
2.3.1.1 Gêne, mal à l'aise	*4*
2.3.1.2 Honte	*2*
2.3.1.3 Stress	*2*
2.3.1.4 Envie que ça passe vite	*2*
2.3.1.5 Vulnérabilité	*1*
2.3.2 Facteurs influençant les sentiments de gêne etc.	7
2.3.2.1 Valeurs, représentations	*5*
2.3.2.1.1 Rapport personnel à la nudité (être pudique)	2
2.3.2.1.2 Nécessité de l'examen, importance accordée à la santé prévaut à la gêne, la honte	3

Axes thématiques et sous-thématiques	N
de l'examen	
2.3.2.2 Rôle des professionnel.le.s dans l'expérience de l'EG (voir thème 2.5)	*7*
2.3.2.2.1 Avoir un suivi avec le, la même professionnel·le permet une relation de confiance, proximité	5
2.3.2.2.2 Plus facile d'être face à un·e inconnu·e	1
2.3.2.3 Environnement du lieu de consultation	*1*
2.3.2.3.1 Être en présence d'autres femmes en salle d'attente (moins gênant que seule, partage d'expérience)	2
2.3.2.4 Contexte de consultation (motif)	*1*
2.3.2.4.1 Moins d'importance accordée aux comportements des professionnel·le·s quand grossesse, urgence	1
2.3.2.4.2 Moins d'importance accordée à l'intimité quand grossesse ou urgence gynéco (être rassurée, priorité de l'enfant)	1
2.3.2.5 Habitude de l'EG (récurrence des EG)	*2*
2.3.2.6 Antécédents de violences sexuelles	*2*
2.3.3 Gestion de la gêne, honte liée à la nudité	3
2.3.3.1 Rationalisation ('c'est leur travail')	*2*
2.3.3.2 Banalisation ('c'est rien')	*1*
2.4 Une expérience physique (douleur, désagréable)	**5**
2.4.1 Un examen désagréable mais non douloureux	3
2.4.2 Un examen douloureux	1
2.4.3 Les poses de DIU et la douleur	2
2.4.3.1 Absence de douleur à la pose	*1*
2.4.3.2 Présence de douleur, malgré les précautions	*1*
2.5 Description d'attitudes et de pratiques professionnelles contribuant à la qualité de l'expérience	**7**
2.5.1 Un ensemble d'attitudes professionnelles valorisées	6
2.5.1.1 Mise en confiance	*4*
2.5.1.2 Professionnalisme, regard professionnel	*3*
2.5.1.3 À l'écoute, implication	*3*
2.5.1.4 Détendu·e, cool, sympa, agréable, marrant	*1*
2.5.1.5 Bienveillance, chaleureux·se	*1*
2.5.1.6 Pédagogue	*1*
2.5.2 Les pratiques liées à l'EG	7
2.5.2.1 Éléments positifs	*7*
2.5.2.1.1 Importance des explications, communication pour mise en confiance	5
Faire part de ses observations, rassurer que tout va bien	1

Axes thématiques et sous-thématiques	N
Fournir des explications sur l'intérêt des examens comme rassurant, ne pas subir l'examen (facilite l'examen)	1
Préparer, prévenir lors de l'insertion du spéculum	1
Prévenir, expliquer tout le long de l'EG	1
2.5.2.1.2 Respect de l'intimité, nudité, déshabillage	2
Baisser la lumière	1
Dédramatisation de l'EG, badinage	1
Faire sortir le conjoint	1
Présence d'un rideau	1
2.5.2.1.3 Les gestes qui rassurent, préparent (toucher le corps avant l'EG)	2
2.5.2.1.4 Douceur, ne pas faire mal	2
2.5.2.1.5 S'adapter, être attentif·ve aux réactions	1
2.5.2.1.6 Rapidité de l'examen	2
2.5.2.1.7 Badinage, discussion pour se détendre	1
2.5.2.1.8 Commentaires positifs sur les parties génitales	1
2.5.2.1.9 EG pas obligatoire, pas systématique	2
2.5.2.2 Éléments négatifs	*5*
2.5.2.2.1 Des gestes brusques, brutalité	3
Rapidité, brutalité, sentiment d'être 'bâclée', 'travail à la chaine' (urgence)	1
2.5.2.2.2 Ne pas prévenir (insertion du spéculum)	1
2.5.2.2.3 Jugements sur l'apparence des parties génitales (pilosité)	1
2.5.2.2.4 Utilisation d'un spéculum en métal	1
2.5.2.2.5 Non-respect de l'intimité (déshabillage intégral)	2
2.5.2.2.6 Un manque de compétences relationnelles (empathie, pédagogie, adaptation)	1
2.5.2.2.7 Ne pas faire le frottis, ne pas faire l'examen nécessaire	1
2.5.2.2.8 Un manque d'explications	1
2.5.2.2.9 Utilisation de la pince de Pozzi (DIU)	1
2.5.3 Éléments et pratiques autour, hors EG	7
2.5.3.1 Éléments positifs	*4*
5.2.3.1.1 Compétences médicales	1
5.2.3.1.2 Explications liées au motif de la consultation (pilule, vaginisme, etc.)	2
5.2.3.1.3 Poser des questions, être attentif·ve à la patiente	1
5.2.3.1.4 Reconnaître ses erreurs	1
2.5.3.2 Éléments négatifs	*5*
2.5.3.2.1 Un manque de compétences médicales (infection, pas de réorientation à l'hopital ...)	1
2.5.3.2.2 Non prise en compte, minimisation et,ou psychologisation des symptômes, de la douleur	3
2.5.3.2.3 Jugements sur le corps (grossophobie), sur les pratiques sexuelles	1

Axes thématiques et sous-thématiques	N
2.5.3.2.4 Infantilisation	1
2.5.3.2.5 Non-respect du choix de la patiente (contraception - pose DIU)	1
2.5.3.2.6 Annonce de mort injustifiée (Algérie)	1
2.5.3.2.7 Prise en photo de la patiente sans consentement	1
2.5.3.2.8 Cris, hurlements entre professionnel·le·s	1
2.5.3.2.9 Vécu de discrimination en tant que femme non blanche en médecine	1
2.6 Qualifier son expérience	**6**
2.6.1 Expérience négative marquante, traumatisante ('je m'en souviens encore')	4
2.6.2 Expérience positive ('super', etc.)	4
2.7 Vivre une mauvaise expérience liée aux professionnel·le·s	**7**
2.7.1 Stratégie(s) de gestion d'une mauvaise expérience liée aux professionnel·le·s	6
2.7.1.1 Pendant la consultation	*3*
2.7.1.1.1 Avoir peur, être terrorisée, se figer (projection)	2
2.7.1.1.2 Partir de la consultation (projection)	1
2.7.1.1.3 Contredire le médecin, insister	1
2.7.1.2 Après la consultation	*4*
2.7.1.2.1 Changer de professionnel·le	4
2.7.2 Les conséquences d'une mauvaise expérience	2
2.7.2.1 Être plus froide, plus difficile à examiner	*1*
2.7.2.2 Arrêt du suivi	*1*
2.7.3 Justification – Les conditions d'exercices des médecins	1
2.7.4 Maintenir le suivi dans le cas d'une bonne expérience	1
3. PRATIQUES LIÉES À L'EG ET LA CG (soi)	
3.1 Les pratiques de recours à l'EG	
3.1.1 Quand consulter	8
3.1.1.1 Ne pas consulter sauf si problème, obligation (grossesse)	*4*
3.1.1.2 Recours à l'EG régulier, fréquent, ne pas attendre d'avoir un problème	*4*
3.1.1.3 Recours à l'EG, CG en lien avec la procréation, suivi obstétrical	*2*
3.1.1.5 Réticence à consulter	*2*
3.1.2 Les freins	4
3.1.2.1 Freins pratiques (manque de temps)	*2*
3.1.2.2 Mauvaises expériences passées	*2*
3.1.2.3 Ne jamais voir le, la même professionnel·le	*1*

Axes thématiques et sous-thématiques	N
3.1.2.4 Anxiété, appréhension, angoisse	*1*
3.1.2.5 Appréhension de la douleur (colposcopie)	*1*
3.1.3 Les facilitateurs	3
3.1.3.1 Antécédents de problèmes de santé, gynécologiques	*3*
3.1.3.2 Être accompagnée (mari, copine)	*2*
3.1.4 Le premier EG	3
3.1.4.1 Rôle de la mère	*2*
3.1.4.2 Pour le certificat de virginité (Algérie)	*1*
3.2 Les pratiques liées au choix des professionnel·le·s en gynécologie	**8**
3.2.1 Enjeu de trouver un·e « bon·ne » professionnel·le en gynécologie	3
3.2.2 Comment choisir un·e professionnel·le	5
3.2.2.1 Demander des recommandations à des pairs	*3*
3.2.2.2 Demander des recommandations à son médecin généraliste	*1*
3.2.2.3 Hasard - Prise de rdv sur doctolib	*1*
3.2.2.4 Ne pas avoir le choix	*1*
3.2.2.4.1 Changer de professionnel·le à chaque fois - contraignant (refaire tout le dossier, etc.)	1
3.2.2.5 Prendre le temps de trouver un·e gynéco (recommandations, etc.)	*1*
3.2.2.6 Ne jamais vraiment savoir sur qui on va tomber	*1*
3.2.3 Influence du genre sur le choix des professionnel·le·s	8
3.2.3.1 Expression d'une préférence pour des professionnelles femmes	*5*
3.2.3.1.1 Pratiques	4
Consulter des femmes	4
Consulter un homme si pas le choix, situation d'urgence (importance accordée à la santé)	2
3.2.3.1.2 Mise en sens, représentations - Avec une femme ...	4
Partage d'un même vécu en tant que femme (gynéco, accouchement)	2
Partage d'une condition sociale en tant que femme (oppression liée au genre)	1
S'attendre à davantage de compréhension	1
Être entre femmes	1
Être plus à l'aise, plus en confiance	3
3.2.3.1.3 Mise en sens, représentations - Avec un homme ...	4
Appréhension, peur, ne pas avoir confiance aux hommes (vision de l'homme prédateur)	4
Faire face au regard de l'homme (sexualisation, jugement)	2
Posture davantage paternaliste, dominant	1
3.2.3.1.4 Même si les hommes sont plus doux que les femmes	1
3.2.3.2 Expression d'une préférence pour des professionnels hommes	*1*

Axes thématiques et sous-thématiques	N
3.2.3.2.1 Être plus à l'aise	1
3.2.3.2.2 Les hommes sont plus doux que les femmes	1
3.2.3.3 Expression d'une indifférence quant au genre des PDS	*2*
3.2.4 Contraintes pratiques	2
3.2.4.1 Long délai d'attente	*2*
3.2.4.2 Difficultés de prise de rdv	*1*
3.2.4.3 Distance géographique	*1*
3.3 Se préparer à l'EG	**3**
3.3.1 Préparation des parties génitales (épilation)	1
3.3.2 Préparation psychologique	1
3.4 Pratique d'échanges d'expériences entre pairs (on en parle entre femmes)	**2**
4. REPRÉSENTATIONS DES EXPÉRIENCES ET PRATIQUES LIÉES À L'EG DES AUTRES (les femmes, les PDS)	
4.1 Les professionel·le·s de la gynécologie	**7**
4.1.1 Représentations de l'expérience de l'EG des PDS (selon les femmes)	7
4.1.1.1 Appréhension lors de la découverte et l'annonce d'un problème grave	*2*
4.1.1.2 Difficultés, stress face aux possibles réactions des patientes à l'EG	*2*
4.1.1.3 Les effets de l'EG sur les PDS ('voir des sexes toute la journée')	*2*
4.1.1.3.1 Désexualisation, regard médical avec le temps (habitude, banalité)	1
4.1.1.3.2 Excitation sexuelle pour les pervers	1
4.1.1.3.3 Effet sur la vie sexuelle des PDS (augmente ou diminue la libido)	1
4.1.1.3.4 Désagréable	1
4.1.1.4 Pudeur des professionnel·le·s, mal à l'aise avec la dimension intime (critique)	*1*
4.1.2 En tant que PDS (projection)	2
4.1.2.1 Appréhension de l'hygiène des patientes	*1*
4.1.2.2 Réluctance de voir des femmes nues toute la journée	*1*
4.1.2.3 Intérêt pour la transmission de savoirs	*1*
4.1.3 Représentations des motivations à se spécialiser en gynécologie	2
4.1.3.1 Une interrogation	*2*
4.1.3.1.1 Interrogation sur les motivations des hommes	1
4.1.3.2 Une vocation, un choix	2
4.1.4 Représentations des pratiques	4
4.1.4.1 Badinage pendant l'EG pour être plus à l'aise	*1*

Axes thématiques et sous-thématiques	N
4.1.4.2 Évolution avec l'expérience professionnelle	*1*
4.1.4.3 Une ritualisation	*2*
4.1.4.4 Variabilité des pratiques professionnelles	*3*
4.1.4.4.1 En fonction de la spécialité - Les sage-femmes vs les médecins	2
Perception d'une concurrence entre médecin et SF	1
Vision positive des sage-femmes comparativement aux médecins	2
4.1.4.4.2 En fonction du lieu d'exercice (urgence, hôpital vs cabinet)	2
Les professionnel·le·s en urgence - manque de temps, débordement	1
4.1.5 Être médecin - un métier difficile	3
4.1.5.1 Difficultés liées à la charge (nombre de consultations, lourd, ...)	*2*
4.2 Les femmes (les autres)	**6**
4.2.1 Représentations de l'expérience de l'EG des femmes (les autres)	2
4.2.1.1 Les appréhensions des femmes liées à l'EG	*1*
4.2.1.1.1 Liée à la douleur de l'EG	1
4.2.1.1.2 Ne pas être à l'aise	1
4.2.1.2 Les réactions des femmes à l'EG	*3*
4.2.1.2.1 Celles qui refusent d'être touchées	1
4.2.1.2.2 Celles qui se laissent faire	1
4.2.1.2.3 Celles qui sont stressées, tendues	1
4.2.1.2.4 Variabilité dans la perception de la douleur	2
4.2.1.3 Influence sur l'expérience de l'EG, la consultation	*2*
4.2.1.3.1 L'emprise des conjoints	1
4.2.1.3.2 Être une femme minorisée (barrière de la langue)	2
4.2.1.3.3 Le vécu de violences	1
4.2.2 Représentations des pratiques de recours à l'EG, la consultation gynécologique et autres examens de dépistage (les autres)	5
4.2.2.1 Manque de recours aux examens de dépistages des femmes	*3*
4.2.2.2 Les freins perçus	*3*
4.2.2.2.1 Rapport à la honte, la pudeur et facteurs socio-culturels (religion, culture)	2
4.2.2.2.2 Ne consulter que des femmes	3
4.2.2.2.3 Ne pas avoir d'activité sexuelle (célibataire, vierge)	1
4.2.2.2.4 Attendre d'avoir un problème	1
4.2.2.3 Préférences pour des hommes (+ doux)	*2*
4.3 Représentations des mauvaises expériences en gynécologie, violences gynécologiques	**4**
4.3.1 Témoignages de pairs (des histoires qu'on entend, médias)	3

Axes thématiques et sous-thématiques	N
4.3.2 Occurrence perçue	2
4.3.2.1 Des expériences fréquentes	*1*
4.3.2.2 Rare pour les violences sexuelles	*1*
4.3.3 Description	3
4.3.3.1 Des violences sexuelles	*2*
4.3.3.2 Des jugements, remarques verbales (avortement, sexualité)	*1*
4.3.3.3 Réalisation de toucher rectal	*1*
4.3.3.4 Non port de gant lors de toucher vaginal	*1*
4.3.3.5 Le point du mari (obstétrique)	*1*
4.3.4 Conséquences des mauvaises expériences, violences	2
4.3.4.1 Impact émotionnel sur soi (appréhension, être choquée, etc.)	*2*
4.3.4.2 Conséquences perçues du viol gynécologique	*1*
4.3.4.2.1 Des traumatismes	1
4.3.4.2.2 Une perte de confiance envers les PDS	1
4.3.5 Les professionnel·le·s de la gynécologie	2
4.3.5.1 Un manque de remise en question, se sentent attaqué·e·s	*1*
4.3.5.2 Un problème de formation	*1*
4.3.5.3 Mettre en place des 'labels' de professionnel·le·s	*1*
4.3.5.4 Les auteur·rice·s de violences (viol gynécologique)	*1*
4.3.5.4.1 Majoritairement les hommes	1
4.3.5.4.2 Psychologisation	1
4.4 Les conjoints	**1**
4.4.1 Réticence à consulter pour une IST	1
5. REPRÉSENTATION DE LA RELATION SOIGNANT·E-SOIGNÉE, DE LA MÉDECINE, LA GYNÉCOLOGIE ET DES FEMMES	
5.1 Représentation de la relation soignant·e-soignée	
5.1.1 Rôle, Utilité perçue des professionnel·le·s de la gynécologie	5
5.1.1.1 Un médecin important, prioritaire pour les femmes	*3*
5.1.1.2 Des anges, des sauveurs	*4*
5.1.1.3 'multi-casquettes'	*1*
5.1.1.4 Des professionnel·le·s détenteurs d'un savoir, d'une expertise	*1*
5.1.2 Représentation de la relation médicale comme une relation de pouvoir	3
5.1.3 Perception des attentes des PDS envers les patientes	2

Axes thématiques et sous-thématiques	N
5.1.3.1 Des attentes contraintes par manque de temps	*1*
5.1.3.2 Des attentes qui varient selon les professionnel·le·s	*1*
5.1.3.3 Des patientes 'actives', impliquées dans le soin	*1*
5.1.3.4 Des patientes passives, obéissantes	*1*
5.1.3.5 Des patientes propres	*1*
5.1.3.6 Patience et écoute des patientes	*1*
5.2 Représentations de la médecine et la gynécologie	**6**
5.2.1 Représentations de la gynécologie	4
5.2.1.1 Une absence d'équivalent pour les hommes	*1*
5.2.1.2 Une spécialité qui appartient aux femmes	*2*
5.2.1.3 Évolutions des pratiques en gynécologie-obstétrique (normes d'hygiène, accouchement, etc.)	*2*
5.2.2 Représentations de la médecine - une science qui évolue, pas exacte	1
5.2.3 Critique d'une vision psychosomatique des maladies, banalisation et psychologisation de la douleur des femmes	2
5.2.4 Le système de santé en France - une chance	2
5.2.5 La gynécologie, la médecine et les rapports de domination	1
5.2.6 Un manque de formation à la pédagogie, à l'écoute	1
5.3 Représentations, tabous et connaissances liées à l'EG, la gynécologie, la sexualité, le corps des femmes	**5**
5.3.1 Tabou des parties génitales et manque de connaissances	2
5.3.2 Tabou de l'EG, de la gynécologie (on en parle pas, manque de connaissance)	3
5.3.3 Tabou de la sexualité	4
5.3.3.1 Jugement social pour les patientes jeunes	*3*
5.3.3.2 Un manque d'éducation à la sexualité	*2*
5.3.4 Mobilisation de facteurs socio-culturels	4
5.3.4.1 L'âge	*2*
5.3.4.2 La culture, la religion	*2*
5.3.4.3 Des tabous socialement et culturellement partagés	*1*
5.3.5 Importance d'avoir davantage de connaissance, d'être formé, informé (gynécologie, éducation à la sexualité, etc.)	4
5.3.5.1 Pour la santé des femmes (responsabilisation)	*3*
5.3.5.2 Pour amoindrir l'asymétrie de la relation médicale	*2*
5.3.5.2.1 Ne pas être ignorante face au médecin (rapport de pouvoir)	2
5.3.5.2.2 Savoir quand il y a débordement	2

Axes thématiques et sous-thématiques	N
5.3.6 Facilitation de l'accès aux connaissances, vision positive d'une levée du tabou	2
5.3.6.1 Grâce à une diminution du tabou	*1*
5.3.6.2 Grâce aux évolutions technologiques (internet)	*1*
5.3.7 Rôle de mère - en parler à ses filles	1
5.3.8 Partage entre pairs des connaissances	1
5.4 Représentations de la féminité, la masculinité et la santé	**6**
5.4.1 Les femmes et la santé	6
5.4.1.1 Des maladies spécifiques aux femmes du fait de leurs organes (CCU, Cancer du sein …)	*5*
5.4.1.2 La femme ne s'écoute pas - n'est pas prioritaire (enfants, maison, travail)	*2*
5.4.1.3 La femme ne s'écoute pas - Banalisation des symptomes (douleurs, saignement)	*2*
5.4.1.4 Rôle de mère - se donner pour ses enfants, ne pas montrer son inquiétude, rester forte	*2*
5.4.1.5 Importance des examens de dépistages (eg, mammo, etc.) pour la santé des femmes	*3*
5.4.1.6 Poids de l'accouchement	*1*
5.4.2 La femme est forte, courageuse	2
5.4.3 La femme est fragile	1
5.4.4 Rôles sociaux - Responsabilité, poids, charge mentale des femmes comparativement aux hommes	1