

Contraception et violences gynécologiques

Présentation

Florence Sordes

Bonjour Leslie. Avant de débiter notre discussion sur les histoires de contraception chez les femmes et les violences gynécologiques, peut-être pouvez-vous vous présenter un peu pour voir de quel point de vue vous parlez.

Leslie Fonquerne

Je suis Leslie Fonquerne. Je suis sociologue. Je travaille actuellement comme ingénieur de recherche au laboratoire CERPOP (Centre d'épidémiologie et de recherche en santé des populations) de l'Université Toulouse trois, de la Faculté de médecine, et je suis chercheuse associée au laboratoire CERTOP (Centre d'Étude et de Recherche Travail, Organisation, Pouvoir) à l'Université Toulouse Jean-Jaurès.

Florence Sordes

Merci.

Évolutions et limites des politiques publiques

Florence Sordes

On est sur le MOOC (Massive Open Online Course) de la santé des femmes et donc on a prévu de discuter toutes les deux sur la problématique de la contraception, une contraception que l'on ne connaît peut-être pas si bien que cela... Est-ce que vous pouvez nous parler d'abord des politiques ? Qu'est-ce qui se passe au niveau de cette contraception pour les femmes ?

Leslie Fonquerne

Depuis deux-mille-vingt-deux, la contraception est en accès gratuit pour les moins de vingt-cinq ans. Finalement, c'est l'extension de la mesure qui existait déjà pour les personnes mineures. Même si on peut se réjouir de ce type de politiques publiques qui favorisent l'accès aux méthodes de régulation de la

fécondité, qui favorisent la santé sexuelle et reproductive, ce sont aussi des mesures qui comportent certaines limites.

Par exemple, avec cet accès gratuit à la contraception, on se rend compte que cela ne vient absolument pas pallier le déséquilibre de la gestion contraceptive entre les femmes et les hommes, puisque cela reste les femmes qui ont encore moins d'excuses finalement pour se saisir de la contraception avec cet accès gratuit. Cela vient pas non plus pallier les inégalités d'accès à la consultation gynécologique. Ce n'est pas parce que la contraception devient gratuite que toutes les femmes vont d'un coup avoir miraculeusement accès aux soins gynécologiques.

Florence Sordes

L'évolution dans ces politiques publiques de santé c'est la gratuité de la contraception ?

Leslie Fonquerne

La dernière nouveauté, c'est que depuis deux-mille-vingt-deux sur ordonnance, les moins de vingt-cinq ans peuvent avoir accès gratuitement à la contraception. Cela implique quand même d'avoir cette ordonnance et donc de pouvoir se rendre en consultation gynécologique.

Florence Sordes

Vous avez parlé de cet accès à la contraception. Effectivement, il faut que la ou les femmes se rendent à une consultation. Est-ce qu'elles s'y rendent facilement ou pas ? Est-ce qu'il y a un impact finalement sur cet accès à la contraception ?

Leslie Fonquerne

Cela va dépendre de la proximité du soin, de là où sont localisées les structures de santé. Est-ce accessible ? Est-ce que les femmes vont pouvoir être autonomes pour se rendre dans telle ou telle structure de santé ? Au contraire, vont-elles dépendre, si on parle des plus jeunes, de leurs parents ? Il va falloir qu'elles soient amenées en voiture, parce qu'il n'y a pas d'accès en terme de transports en commun par exemple.

On sait aussi qu'avec l'extension des villes, cela devient compliqué pour les personnes, par exemple, qui sont dans la mendicité. Quelques kilomètres de changement, pour une structure qui est délocalisée, soit que c'est parce que c'est dû à l'extension des villes, cela devient très compliqué pour les personnes

les plus précaires. Donc cela peut être les femmes dans la mendicité, les femmes précaires en fauteuil roulant. Cela dépend vraiment aussi de la proximité du soin. La gratuité ne fait pas tout dans l'accès à la contraception.

Florence Sordes

C'est ce qui peut être piégeux finalement.

Les hommes et la contraception

Florence Sordes

Est-ce qu'il y a cette contraception-là pour les hommes, cette gratuité ? Est-ce qu'ils vont consulter ? Qu'est-ce qui se passe pour eux ?

Leslie Fonquerne

Alors, la gratuité peut effectivement s'appliquer pour les hommes. Le problème, c'est qu'on sait que les hommes, de manière générale, dans la santé, consultent bien moins que les femmes, et encore moins quand il s'agit de contraception. D'abord parce qu'ils ne sont pas nécessairement informés qu'ils ont accès à une consultation de contraception et ensuite parce qu'il n'y a pas cet équivalent d'interlocuteur ou interlocutrice qui est le ou la gynécologue pour les hommes. On peut penser aux andrologues, mais en général cela arrive bien plus tard dans leur vie. Donc ils n'ont pas ce réflexe d'aller consulter.

Florence Sordes

En cela c'est problématique ?

Leslie Fonquerne

C'est problématique dans le sens où cela renforce la dépendance des femmes au corps médical. Quand on parle de femmes qui veulent avoir accès à la contraception, on parle de femmes qui ne sont pas malades. Cet accès médicalisé ne se justifie pas d'un point de vue médical, en tout cas pour toutes les méthodes contraceptives. C'est pareil pour d'autres méthodes locales non hormonales. On peut penser aux diaphragmes, on peut penser à la cape cervicale où il n'y a pas d'effets secondaires possibles sur la santé.

Cette dépendance au corps médical questionne vraiment et cela vient aussi freiner l'objectif premier de la contraception dans les années soixante-dix qui était l'accès à la contraception libre et gratuite. Là, pour le coup, cela vient

entraver cet objectif-là.

L'accès à la contraception

Florence Sordes

Tout à l'heure, vous avez parlé de la précarité de certaines femmes qui pouvaient être alliée aussi au handicap ou à d'autres problématiques. On va donc penser qu'effectivement il puisse y avoir une problématique d'inégalités sociales par rapport à cette contraception. Finalement, vous l'avez un peu dit, mais est-ce que toutes les femmes ont le même chemin vers cette contraception ?

Leslie Fonquerne

Toutes les femmes n'ont pas le même chemin pour accéder à la contraception. Ce que les études montrent en sociologie mais aussi en démographie, c'est que les professionnels de santé sont influencés dans leur prescription par le profil social des femmes qui viennent consulter.

Par exemple, on sait que les femmes jeunes, blanches et diplômées vont être beaucoup plus systématiquement redirigées vers la pilule contraceptive. C'est une méthode qui demande une observance importante car pour qu'elle soit efficace, il faut la prendre quotidiennement, et cela indépendamment de la fréquence des rapports des rapports sexuels. Donc là, on va considérer que ce profil de femme va être compétente dans cette gestion de la contraception qu'est la pilule contraceptive. Par contraste, les femmes racisées, plus particulièrement les femmes d'origine d'Afrique subsaharienne et peut-être précarisées aussi, vont être davantage redirigées vers des méthodes qu'on appelle de « long cours », comme par exemple l'implant ou le dispositif intra-utérin. Donc on va considérer que ces femmes-là, finalement, sont moins capables qu'un autre profil de femmes.

Après, cela ne veut pas dire qu'être redirigée vers la pilule, c'est forcément une bonne chose. Je veux dire, dans les deux cas, cela questionne en termes d'injonctions qui sont faites aux femmes. Et cela, quel que soit leur âge ou leur profil.

Florence Sordes

Cela veut dire qu'on ne leur donne pas le choix.

Leslie Fonquerne

En tout cas, on est pas sur un choix libre et éclairé.

Dans le cadre de ma thèse par exemple, j'ai pu observer une centaine de consultations gynécologiques et à aucun moment l'ensemble du panel contraceptif n'est présenté. Il existe une dizaine de méthodes contraceptives disponibles en France et dans les consultations gynécologiques, souvent, la présentation du panel contraceptif se limite à trois méthodes que vont être la pilule contraceptive le dispositif intra-utérin et l'implant, selon les profils des femmes. Donc on est vraiment sur une méthode médicalisée et surtout on occulte le reste du panel contraceptif qui va peut-être l'être moins.

C'est problématique parce qu'il n'y a pas ce choix libre et éclairé. Éclairé, cela veut dire qu'il faut disposer de l'ensemble des informations et donc de l'ensemble du panel contraceptif, il ne peut pas y avoir de consentement médical parce que ce choix libre et éclairé est entravé.

Florence Sordes

Vous dites globalement qu'en fonction du profil que pourraient avoir des femmes, on aurait des prescriptions différentes. Comment peut-on l'expliquer ? Je ne sais pas si vous avez une réponse, mais au-delà de la compétence ou pas. Est-ce que ce sont des médecins qui viennent prescrire, donc on peut penser qu'ils ont toutes les informations possibles sur les patientes qu'ils ont ? Comment peut-on expliquer cela ?

Leslie Fonquerne

Il y a plusieurs réponses possibles.

Historiquement, d'après *Avortement et contraception dans les études médicales : Une formation inadaptée* de Maud Gelly, on sait que certaines méthodes contraceptives sont stigmatisées comme étant les méthodes des femmes qui seraient en situation de handicap mental, par exemple l'implant, qui est un bâtonnet qu'on insère dans le bras et qui a une durée d'efficacité de plusieurs mois, voire de plusieurs années. Historiquement, c'est une méthode qui est associée aux femmes qu'on caractérise de « déviantes », donc c'est une méthode qu'on va moins proposer encore actuellement aux femmes qui ont les profils sociaux les plus favorisés.

On peut aussi regarder du côté de la formation des professionnels de santé où on voit qu'en France, il y a plusieurs professions prescriptrices de contraception : les gynécologues, les médecins généralistes et plus récemment, depuis deux-mille-neuf, les sages-femmes. Dans les formations de ces professions-là, la place de la contraception est vraiment infime. On leur apprend que la contraception peut être traitée de manière très succincte en consultation,

et que finalement, c'est une thématique qui est annexe à la santé sexuelle et reproductive. Paradoxalement, c'est d'autant plus vrai du côté des gynécologues et des obstétriciens que du côté des sages-femmes. Les sages-femmes vont être formées davantage à la physiologie et moins à la pathologie. Donc elles vont être plus enclines à proposer l'ensemble des méthodes, y compris celles qui ne sont pas médicalisées.

Florence Sordes

J'imagine qu'on va voir des recherches à ce sujet dans peu de temps, puisque cela ne fait pas très longtemps que les sages-femmes sont en place dans cette nouvelle orientation.

Leslie Fonquerne

Il y a des recherches qui ont déjà été menées sur ces formations-là. Par exemple, on sait que comme les sages-femmes sont davantage formées à la physiologie qu'à la pathologie, elles sont plus ouvertes à présenter et à prescrire des méthodes non médicalisées. Elles vont sortir finalement des trois méthodes dont je parlais tout à l'heure, qui sont prescrites et présentées généralement en consultation de contraception.

Sur ce sujet, j'ai écrit l'article « Marginal et fluctuant : l'enseignement de la contraception dans les professions prescriptrices en France » en deux-mille-vingt-quatre.

En France, la formation des médecins en continu n'est pas uniformisée, en tout cas par rapport à l'Angleterre ou au Canada. Donc la formation en continu va être à l'initiative personnelle des professionnels de santé. Ce sont les professionnels de santé qui vont choisir de continuer ou pas leur formation en matière de contraception. Et on voit que les sages-femmes le font plus que les gynécologues qui ont d'office un statut d'expert et experte de la contraception.

Quels moyens de contraception en France

Florence Sordes

Vous avez discuté de plusieurs moyens de contraception. Qu'est-ce qu'on utilise le plus comme méthode en France ?

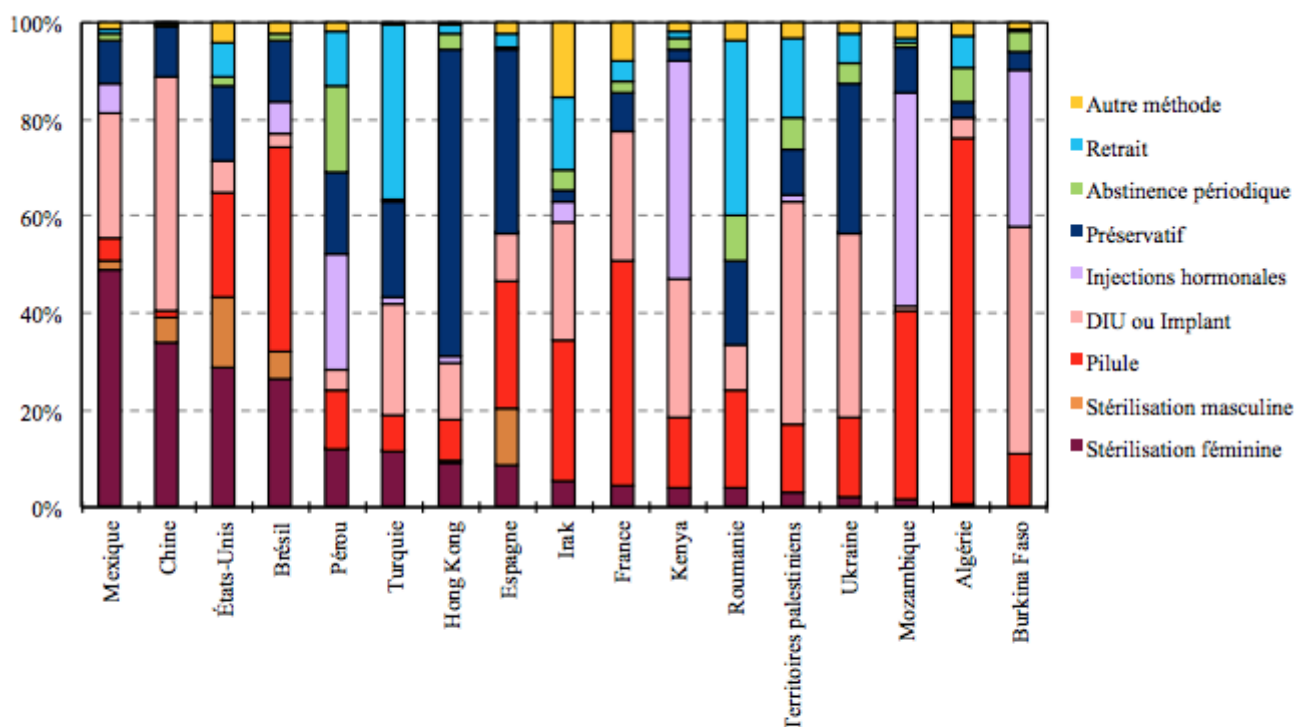
Leslie Fonquerne

En France, la méthode de contraception la plus utilisée reste la pilule

contraceptive.

Remarque : depuis l'enregistrement de cette vidéo, le dernier rapport CSF (Contexte des Sexualités en France), paru en novembre deux-mille-vingt-quatre, indique que le dispositif intra-utérin (stérilet) est désormais la méthode de contraception la plus utilisée en France, en dépassant d'un point le taux d'usage de la pilule : 27,7 pourcents contre 26,8 pourcents.

Le taux d'usage a vraiment évolué. Avant deux-mille-treize, c'était la moitié des femmes contraceptées qui utilisaient une pilule. Je rappelle qu'il existe une dizaine de méthodes contraceptives disponibles. C'était la moitié des femmes contraceptables avant deux-mille-treize.



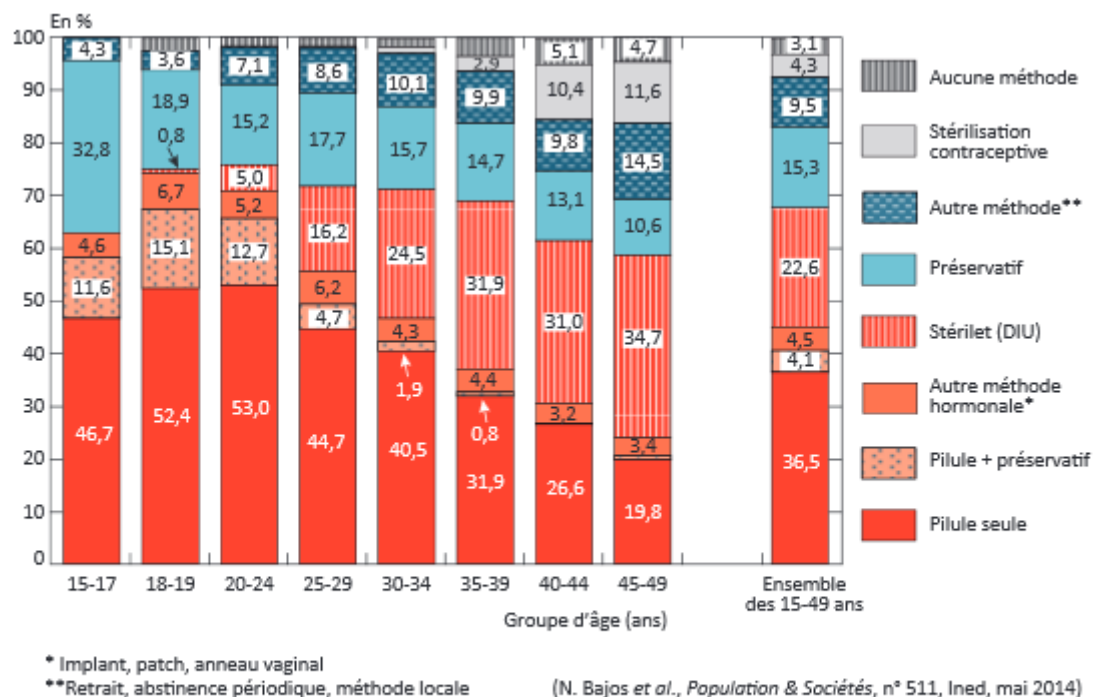
M. Le Guen et al., Population et Sociétés n° 549, Ined, novembre 2017

Champ : Femmes de 15 ans et plus mariées ou en union cohabitante utilisant une méthode de contraception. Les différents pays présentés ici ont été choisis dans un souci de montrer la diversité des modèles contraceptifs, tout en s'assurant de la comparabilité des données (situation conjugale des femmes, âge, somme des usages contraceptifs égal à 100 %).

Source : Nations Unies, World contraceptive use 2017 [1]

Figure 1: Diagramme des usages contraceptifs dans différents pays du monde vers deux-mille-dix

Après deux-mille-treize, le taux a baissé à trente-six pourcents, donc trente-six pourcents des femmes contraceptées qui utilisaient une pilule. C'est une baisse de plus de treize points, mais cela reste la méthode la plus utilisée.



Source : Enquête Fécond (2013), Inserm-Ined.

Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant (soit 75 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans).

Figure 2: Méthodes de contraception utilisées en France en deux-mille-treize selon l'âge des femmes

Cette baisse peut s'expliquer par ce qu'on a appelé la crise de la pilule. Fin deux-mille-douze, début deux-mille-treize, il y a eu un scandale sanitaire et médiatique autour de certaines pilules contraceptives qui étaient les pilules de troisième génération, donc les plus récentes, qui présentaient un sur-risque sanitaire bien plus élevé que leurs homologues, les comprimés de deuxième de deuxième génération.

Suite à cela, les femmes ont délaissé la pilule au profit d'autres méthodes contraceptives. Mais cela reste quand même la méthode la plus utilisée. On parle de crise de la pilule parce que les femmes n'ont pas seulement délaissé les pilules incriminées dans la crise de la pilule, mais vraiment l'ensemble de la contraception orale, quelle que soit la génération des comprimés.

Contraception et inégalités sociales de santé

Florence Sordes

Est-ce qu'on est vraiment dans des inégalités sociales de santé, au niveau de cette contraception ?

Leslie Fonquerne

Alors, les inégalités sociales de santé sont définies dans un ouvrage initié par l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) : *Les inégalités sociales de santé*. Ce sont la traduction dans les corps des inégalités sociales, et sont le fait que l'état de santé va être différent d'un groupe social à un autre. Donc oui, on est dans des inégalités sociales de santé parce que selon leur profil social, les femmes ne vont pas avoir accès à la même méthode contraceptives et ne vont pas être en face de risques sanitaires égaux. Donc oui, c'est en cela qu'on est dans des inégalités sociales de santé.

Florence Sordes

Les femmes vont voir un médecin, médecin traitant, un gynécologue, ou une sage-femme, pour pouvoir avoir les ordonnances, il faut aller ensuite chercher ces moyens et ces méthodes de contraception en pharmacie a priori. Est-ce qu'on retrouve là aussi cette même représentation que l'on peut avoir chez les médecins pour ces femmes ?

Leslie Fonquerne

Alors oui, il y a des inégalités jusque dans l'officine de la pharmacie finalement. Dans le cadre de ma thèse, je travaillais auprès de jeunes femmes, entre vingt et trente ans. On se rend compte qu'une fois arrivées à la pharmacie, on constate des discriminations aussi selon l'âge des patientes ou des clientes. C'est particulièrement le cas en cas d'ordonnance défaillante, c'est-à-dire en cas d'ordonnance périmée ou absente, où là on se rend compte que le personnel de pharmacie va davantage faire confiance aux mères des usagères de pilules plutôt qu'aux principales concernées. S'il y a une jeune femme qui arrive avec une absence d'ordonnance ou une ordonnance périmée qui demande sa pilule, on va la questionner, elle ne va pas forcément repartir avec sa contraception. Alors même que si c'est la mère qui vient pour l'ordonnance de sa fille, même pas pour sa propre contraception, là, la fille a plus de chances d'accéder à la pilule à travers la figure de la mère.

Florence Sordes

Finalement, on fait plus confiance à la mère en cas d'ordonnance défaillante. Y compris à l'officine, on a aussi potentiellement, quand les ordonnances sont défaillantes, ces représentations en fonction de la personne.

Appréhender les inégalités dans les structures de santé

Florence Sordes

Comment peut-on appréhender ces inégalités dans les structures ? Il y a les médecins, les gynécologues, les officines... Ce sont des structures. On est de toute façon dans une structure aussi publique. Donc comment peut-on appréhender ces structures-là ?

Leslie Fonquerne

De la même façon que selon que l'on se rende chez une sage-femme ou chez un gynécologue, ce n'est pas le même panel contraceptif qui va nous être présenté. Cela vaut de la même manière selon les structures de santé qu'on va fréquenter.

Par exemple, lorsque les femmes se rendent dans des structures privées qui pratiquent le paiement à l'acte, cela peut être tout bêtement un cabinet de gynécologie de ville, étant donné qu'il y a ce paiement à l'acte, les consultations vont être relativement courtes, vont s'enchaîner. Le ou la gynécologue va faire en sorte qu'il y ait un acte. Cela va être l'examen gynécologique, alors même qu'il n'y a pas nécessairement le besoin de faire cet examen-là selon la contraception qu'on va prescrire. Pour enchaîner les actes, il faut enchaîner les consultations. Donc, on va être dans des consultations courtes, nombreuses, où il n'y aura pas forcément le temps de présenter l'ensemble du panel contraceptif, où le consentement médical va être aussi un peu plus entravé.

Par contraste, lorsque les femmes se rendent dans des structures publiques, notamment des structures qui sont habituées à recevoir une patientèle précarisée, où il n'y a pas cette contrainte de temps, finalement, on va être sur des consultations plus longues et où il y aura davantage le temps de présenter et d'expliquer l'ensemble de la contraception, et donc cela sera plus favorable au consentement médical aussi.

Florence Sordes

Cela veut dire que globalement, l'équation peut être simple : plus je suis dans une situation de précarité, plus je vais dans des structures qui sont sans doute plus ouvertes ou en tout cas où on a un temps de consultation beaucoup plus conséquent. C'est cela que cela veut dire ?

Leslie Fonquerne

C'est un petit peu plus compliqué que cela parce qu'on sait que l'accès à une bonne santé sexuelle et reproductive va dépendre aussi du niveau social des

personnes. Donc, cela ne veut pas dire que plus la personne est précaire, plus sa santé sexuelle et reproductive sera bonne. Parce qu'on peut ne pas être dans la précarité et avoir une certaine littératie en santé, une certaine connaissance en santé et savoir que si on se rend dans telle structure publique, on aura un meilleur accès à un meilleur accès à la contraception. C'est une première réponse.

Et la deuxième réponse, c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est-à-dire que cela va dépendre aussi de la localisation de ces structures. S'il y a une structure publique qui n'est pas accessible aux personnes les plus précaires, elles ne pourront pas avoir accès à ces consultations longues.

Florence Sordes

On a toujours un peu de mal à entendre ou à comprendre le fait qu'en deux-mille-vingt-trois, on ait peut-être pas accès aux structures. C'est toujours un petit peu difficile de comprendre cela. Comment peut-on le dire ? Comment peut-on dire que certaines femmes, de par leur situation sociale, ont accès ou pas accès à des structures ?

Leslie Fonquerne

Il y a la question de la proximité, du soin. Où est ce que se situe la structure ? Comment est-elle accessible ? Est-ce qu'elle est encore dans le centre de la ville ou est-elle excentrée ? Cela, c'est un premier point.

Et le deuxième point, cela va être selon les ressources dont disposent les personnes. Est-ce qu'elles ont les ressources matérielles, financières pour pouvoir se rendre dans telle ou telle structure ?

Violences gynécologiques

Florence Sordes

Vous avez dit tout à l'heure que les femmes allaient voir des gynécologues pour acter le fait de faire une ordonnance à un moment donné pour une contraception, et que dans ces structures les gynécologues pouvaient aussi faire des consultations de gynécologie. On en vient un peu à parler de ce qu'on entend beaucoup aujourd'hui : les violences gynécologiques. Est-ce que vous pouvez nous en parler, c'est-à-dire quand ont émergé ces violences-là, ou quand est-ce qu'on a commencé à en parler ?

Leslie Fonquerne

Clémence Schantz et Virginie Rozée ont écrit un article à ce sujet : « Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique ».

La notion de violences gynécologiques est apparue dans les années deux-mille en Amérique latine. Cela concorde avec la quatrième vague féministe qui a été impulsée en Amérique latine. En France, cela a émergé dans le débat un peu plus tard. Il a fallu attendre les années deux-mille-dix.

Aujourd'hui, on peut définir les violences gynécologiques comme toute attitude, acte ou propos médicalement injustifié, effectué sans le consentement des patientes. Cela veut dire que, par rapport à ce que je disais tout à l'heure, dès lors que l'ensemble du panel contraceptif n'est pas présenté, on est dans une forme de rétention d'information. En réalité, on est déjà dans un extrême du continuum de la violence gynécologique. On est aux portes de ces violences-là parce que le consentement est entravé.

Florence Sordes

D'accord. Cela veut dire qu'on est quasiment, peut-être tout le temps, dans le début du continuum. Quand vous parlez de continuum, on est bien d'accord que c'est bien cette difficulté de pouvoir définir les violences gynécologiques, c'est-à-dire à quel moment entre-t-on dans les violences. Vous, c'est ce que vous signifiez dans le continuum finalement, c'est cela ?

Leslie Fonquerne

Oui, cela signifie aussi qu'il y a différents degrés de violences gynécologiques, qu'il y en a qui sont beaucoup plus évidentes que d'autres. Par exemple, si l'ensemble du panel contraceptif n'est pas présenté, on ne se dit pas forcément que c'est de la violence gynécologique. Surtout, ce qu'il faut comprendre, c'est que ces violences-là ne sont pas forcément intentionnelles de la part des professionnels de santé. C'est en cela aussi que c'est très vicieux, très insidieux : généralement cela ne part pas d'une mauvaise intention de la part du professionnel de santé. C'est aussi tout le système de santé qui fait que cela peut être propice à la violence. Par exemple, quand on est dans ce système de paiement à l'acte où il faut enchaîner les consultations, ce n'est pas un cadre qui est propice à la non-violence gynécologique, finalement.

La notion de continuum de violence, en tout cas sur mon terrain de thèse, cela se constate par le fait que cela peut aller de la rétention d'information, au moment de présenter le panel contraceptif, jusqu'à avoir l'impression d'être violée. Ce sont des paroles de femmes que j'ai pu recueillir, cela va être au moment d'examens gynécologiques non expliqués, intempestifs, douloureux.

J'en parle dans l'article « *C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! : Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception* ».

Entre ces deux extrêmes, il va y avoir plusieurs formes de violences gynécologiques. Cela peut être de l'infantilisation de la part des professionnels de santé envers les patientes, différentes formes de discrimination selon le statut sérologique de la patiente, selon son origine ethno-raciale, etc. C'est vraiment un continuum sur lequel on évolue au sein d'une même consultation gynécologique.

Florence Sordes

J'entends toute la finesse de ce continuum. N'y a-t-il pas le risque de n'être que dans la violence finalement ? Vous le dites vous-même, dans une consultation, en fonction de ce que cherchent les femmes dans la consultation, on peut avoir vraiment tous ces éléments-là. Est-ce qu'on n'a pas le risque de n'être que dans la violence, pour le coup ?

Leslie Fonquerne

Ce qu'il faut comprendre, c'est que ce qui constitue le nœud de la violence gynécologique et de la violence en général, c'est l'absence de consentement. Si on veut être exempt de ce risque de violence, le consentement des patientes doit vraiment être au cœur de chaque étape de la consultation gynécologique, c'est-à-dire au moment de présenter le panel contraceptif, avoir la possibilité pour les professionnels de prendre le temps de présenter l'ensemble de la contraception, au moment de l'examen de bien s'assurer que l'examen est nécessaire, s'assurer que la patiente est consentante à faire cet examen, qu'elle ait toutes les explications nécessaires : pourquoi fait-on cet examen ? La clé, c'est vraiment le consentement médical à tout moment dans la consultation.

Florence Sordes

Est-ce que vous pensez que la formation des médecins, quels que soient ces médecins, s'est faite sur ce principe de consentement ?

Leslie Fonquerne

Alors, dans le code de déontologie médicale, le consentement médical n'est pas clairement défini, il est simplement indiqué qu'il doit être constamment recherché. Il n'y a pas de définition claire. Ensuite, dans la formation des médecins, tout ce qui est de l'ordre de l'éthique est vraiment abordé par tâtonnement au fil de la formation qui dure pourtant plusieurs années. Si on

prend les gynécologues, cela peut aller jusqu'à neuf à onze ans de formation. On est toujours dans le tâtonnement de ces dimensions éthiques qui, je pense, sont encore moins abordées et encore moins formalisées que la formation sur la contraception qui est déjà minime par rapport au nombre d'années d'études des médecins.

Florence Sordes

Est-ce qu'il a une évolution dans cette formation ? Avant, avec le consentement, on tâtonnait, etc. Aujourd'hui, il y a plusieurs lois qui sont faites sur ce consentement libre, éclairé, etc. Est-ce qu'on voit une évolution dans la formation ? Est-ce toujours la même chose ?

Leslie Fonquerne

Si on se fie à plusieurs travaux en sociologie et en histoire, comme *Avortement et contraception dans les études médicales : Une formation inadaptée* de Maud Gelly, et *Pilule : défaire l'évidence* d'Alexandra Roux, on sait que la formation médicale a vraiment très peu évolué depuis plusieurs dizaines d'années. Cela vaut pour la contraception aussi. Dans les formations qui touchent à la santé sexuelle et reproductive, le primat des cours va être donné au domaine obstétrique ou pédiatrique, plutôt qu'à la santé sexuelle et à la contraception.

L'impact des violences gynécologiques sur le suivi médical des femmes

Florence Sordes

On en parle peut-être un peu moins, mais on en parlait beaucoup de ces violences gynécologiques. Est-ce que ces violences ont un impact sur le suivi médical des femmes ? Qu'est-ce qui se passe par rapport à ces impacts ?

Leslie Fonquerne

On peut penser à un double impact. Le premier, c'est que ces violences gynécologiques peuvent être finalement aveugles à certaines pathologies qui peuvent toucher des femmes. Tout à l'heure, je disais qu'il pouvait y avoir différentes formes de violences gynécologiques. Cela peut être différentes discriminations : le statut sérologique par exemple, mais cela peut aussi être selon le poids des femmes. On peut penser à la grossophobie. On sait qu'en consultation, le risque, si on est dans cette logique grossophobe, cela va être d'attribuer tous les maux de la patiente à son poids, ce qui peut masquer

finalement d'autres pathologies. C'est le premier point : ce type de violence peut être aveugle à un ensemble de pathologies.

Le deuxième point, c'est que les femmes en connaissance de ce qui peuvent les attendre en consultation peuvent être réticentes à aller consulter. Donc il peut y avoir un retard dans le diagnostic de leur pathologie.

Florence Sordes

Quel que soit leur profil social ? On retrouve ces impacts dans toutes les catégories sociales ?

Leslie Fonquerne

Oui, quel que soit leur profil social. Finalement, le propre des inégalités sociales de santé, c'est que cela ne touche pas un extrême de la population par rapport à un autre. Ce n'est pas seulement les plus précaires par rapport aux plus favorisés, cela touche vraiment l'ensemble de la population.

C'est ce que je disais tout à l'heure aussi, c'est qu'il va y avoir des injonctions différenciées selon le profil social des femmes. Ce n'est pas parce que je suis blanche et diplômée que je ne vais pas avoir une crainte d'aller en consultation de contraception. Peut-être que je vais en avoir marre qu'on me parle seulement de la pilule contraceptive, peut-être que je vais aller un peu moins chez les gynécologues. Donc oui, cela peut toucher absolument tous les pans des groupes sociaux.

Florence Sordes

Ce qu'on dit fréquemment, c'est qu'en fonction de la catégorie sociale, on peut avoir une certaine éducation, des connaissances. On peut penser que les personnes, les femmes qui sont plutôt dans des catégories socio-économiques favorisées, puissent avoir plus de connaissances que les personnes qui sont effectivement dans des catégories socio-économiques et culturelles défavorisées. Cette connaissance-là, cette éducation-là, j'imagine qu'on peut les retrouver aussi dans l'appréhension des consultations, de la contraception, etc.

Leslie Fonquerne

Oui, et cela, les professionnels de santé le savent aussi. C'est selon la personne qu'ils vont avoir en face d'eux, je pense notamment aux travaux de Sylvie Fainzang : *La relation médecins-malades : information et mensonge*, qui n'est pas seulement sur la contraception, mais sur la prescription de médicaments en

général. On sait que plus le profil social de la patiente va être proche de celui du médecin ou de la médecin, plus le ou la professionnelle va informer cette personne. Finalement, le risque de mensonge va plus toucher les personnes qui vont avoir un profil social plus éloigné de celui des professionnels de santé. C'est un premier point.

Le deuxième point, c'est que les personnes les plus diplômées ont peut-être davantage d'arguments face à un professionnel ou une professionnelle qui ne donnerait pas l'ensemble des informations ou qui les orienterait vers une contraception qui ne leur convient pas. Il y a vraiment différents niveaux de lecture qu'on peut avoir sur ce point-là.

Florence Sordes

Quand on vous écoute, on voit bien qu'effectivement ces catégories sociales, même si je vous suis, on est pas favorisés ou défavorisés, l'équation n'est pas si simple que cela. Malgré tout, le fait d'être dans cette catégorie sociale plutôt favorisée amène sans doute un plus grand choix au niveau de sa santé.

Leslie Fonquerne

En tout cas, cela favorise un accès à l'information. Par conséquent, oui, cela peut amener à un plus grand choix en terme de méthodes contraceptives. C'est quelque chose qu'on a pu aussi constater suite à la crise de la pilule dont je parlais tout à l'heure. Les femmes se sont globalement détournées de la contraception orale. Nous nous sommes rendus compte que les moins favorisées se sont détournées de la pilule pour retourner vers le préservatif, quelque chose qui n'est pas médicalisé, qui ne nécessite pas forcément d'avoir accès à une consultation gynécologique, tandis que les plus diplômées se sont détournées de la pilule au profit du dispositif intra-utérin, plus connu sous le nom de stérilet. On sait aussi qu'il peut y avoir certaines représentations autour du stérilet avec ce terme « stérilet », qui peut faire peur, qui renvoie à la stérilité. Cela peut aussi expliquer ces différents choix faits par les femmes.

Les femmes, une catégorie sociale hétérogène

Florence Sordes

On est dans un MOOC santé des femmes, bien souvent je me reprends et je dis « la femme ». Pourquoi ne pas dire « la femme » mais plutôt « les femmes » ? Qu'est-ce qui se passe au final là-dedans ?

Leslie Fonquerne

On a vu tout au long de cette discussion que les femmes ne représentent pas une catégorie sociale homogène. Selon que l'on soit une femme blanche, racisée, diplômée, non diplômée, on va avoir accès de manière différenciée à la contraception, et avoir une qualité de santé qui va être différente. C'est pour cela que c'est important de parler des femmes au pluriel, parce qu'on n'est pas dans une catégorie sociale homogène. C'est un premier point.

Le deuxième, c'est que, y compris de la part des professionnels de santé, on voit que le profil social des patientes oriente leurs pratiques professionnelles. Donc c'est impossible de parler de « la femme » au singulier aussi pour cette raison-là.

Et peut-être la dernière raison, le risque de parler de la femme au singulier serait qu'on réduise les personnes alors à leur physiologie, à leur supposée nature féminine, alors que c'est quelque chose qui est démonté par différents travaux historiques et sociologiques depuis maintenant plusieurs dizaines d'années. Au contraire, ce qui est intéressant à regarder, ce sont les rapports de pouvoir au sein desquels les femmes s'inscrivent, que ce soit par rapport aux hommes, mais aussi par rapport à d'autres profils de femmes.

Quelles solutions pour une meilleure information ?

Florence Sordes

Les femmes viennent consulter des médecins, hommes ou femmes, peu importe, qui ont leurs représentations, leur diplômes, leur milieu de vie, etc. On voit qu'il y a cette distance entre ces femmes qui viennent consulter et les prescripteurs. Comment pourrait-on faire pour que ces médecins, quels qu'ils soient, puissent donner tout le temps la même information ? Peut-on être dans ce continuum, dans le consentement, etc. ? Est-ce qu'il y a une possibilité qu'on puisse évoluer ?

Leslie Fonquerne

L'intérêt d'identifier ce risque de violence, c'est qu'en miroir, on sait identifier des mécanismes qui permettraient de pallier à ce risque-là. Il ne suffit pas d'identifier le problème, il faut aussi voir quelles pourraient être les solutions à tout cela. La première qui me vient en tête, c'est de modifier la formation, en termes de contraception à destination des médecins. Que la contraception prenne davantage de place dans leur formation. Il y avait quelque chose qui m'avait marquée quand j'avais fait des entretiens auprès de gynécologues dans le cadre de ma thèse. Il y a un gynécologue qui m'avait dit que tout au long de

ses années de formation, la contraception prenait la place d'un polycopié de dix pages. C'est minime par rapport à toutes ces années de formation, alors même que tous les professionnels, qu'ils soient gynécologues, sage-femmes ou généralistes, vont être amenés à prescrire de la contraception. C'est vraiment une place qui est encore beaucoup trop annexe dans la formation. Les jeunes professionnels sont globalement peu informés, par exemple par rapport à cette crise de la pilule et des conséquences que cela peut avoir sur les demandes. Comment répondre aux demandes femmes quand on n'a pas tous les éléments en tête par rapport à cela ? Le premier point, c'est vraiment la formation des médecins.

Et le deuxième point, cela serait peut-être, c'est un chantier un peu plus vaste, mais de repenser le système de santé pour qu'il soit davantage favorable à des pratiques non violentes, c'est-à-dire remettre en question le système de paiement à l'acte, remettre en question ces consultations courtes et nombreuses au sein d'une même journée. Il y a des professionnels qui font quarante consultations d'un quart d'heure. On ne peut pas penser le consentement médical dans ces conditions-là.

Violence de genre

Florence Sordes

Il y a une énorme polémique sur ces violences gynécologiques qui sont faites aux femmes. Je me suis posée la question à laquelle on ne trouvera peut-être pas de réponse : est-ce qu'il existe un domaine dans lequel l'homme pourrait aussi avoir ces violences ? Est-ce que ces violences gynécologiques se sont mises en place et ont pris de l'ampleur parce que c'étaient les femmes ? On sait qu'en médecine, il y a des croyances vis-à-vis de la femme ou des femmes et d'autres des hommes. Mais là, on voit vraiment cette polémique émerger de façon forte. Finalement, l'homme dans tout cela, que se passe-t-il pour lui ?

Leslie Fonquerne

On peut faire rentrer les violences gynécologiques dans les violences de genre. Tout à l'heure, je parlais du continuum des violences gynécologiques. Il existe un continuum des violences de genre. Liz Kelly en parle dans son article « *Le continuum de la violence sexuelle* ». Cela peut aller du rappel à l'ordre, par exemple, on peut parler de harcèlement de rue, jusqu'à la mort, le féminicide, le meurtre qui touche spécifiquement les femmes. On peut faire rentrer ces violences gynécologiques dans ce continuum des violences de genre, tout simplement parce que les femmes sont dans une interaction spécifique au sein de la consultation gynécologique qui ne trouve pas son pendant du côté des

hommes.

Florence Sordes

Pourriez-vous définir les violences de genre ?

Leslie Fonquerne

Oui. Alors les violences de genre sont systémiques. On va les constater dans tous les domaines de la société : dans la médecine, dans la vie domestique et familiale... On va aussi les constater quel que soit le statut social des personnes. Cela permet aussi d'en finir avec certains stéréotypes qui seraient que les hommes issus de catégories populaires seraient plus violents que des hommes cadres par exemple. Ce sont deux points importants. Et le troisième point, c'est que les violences de genre vont finalement toucher les femmes et les minorités de genre. Cela peut être les personnes transgenres, les personnes non-binaires, et cela va aussi toucher les minorités sexuelles, on peut penser aux personnes homosexuelles par exemple.