2025-2026

Master 2 – Etude sur le Genre

Les médecins face aux effets des inégalités de genre vécues dans la sphère domestique sur la santé des femmes

LEURS DISCOURS TÉMOIGNENT-ILS D'UNE PRISE DE CONSCIENCE PROFESSIONNELLE ?

Dufour Lila

Sous la direction de
Etiemble Angélina

Membres du jury

Etiemble Angélina | Sociologue

Villaret Sylvain | Maître de conférence

Soutenu publiquement le :

11 juin 2026

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Lila DUFOUR,

déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signature :
Le 27/05/2026, à Angers

DUFOUR Lila



Cet engagement de non plagiat doit être inséré en première page de tous les rapports, dossiers, mémoires.

Remerciements

Je tiens avant tout à remercier les personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire, pour leur confiance et pour ce qu'elles ont accepté de partager, sans quoi ce travail de recherche n'aurait pas pu exister.

Je remercie chaleureusement ma directrice de mémoire, Angélina Etiemble, pour son accompagnement et ses retours précieux tout au long de ce travail.

Je souhaite enfin remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de ma formation, pour la richesse des enseignements dispensés et pour ce qu'ielles m'ont apporté, tant professionnellement que personnellement.

Table des matières

Introduction 6

I - Revue de littérature 8

1. L'inscription des inégalités de genre et du sexisme dans la sphère domestique 8

1.1 Une structure sociale inégalitaire régie par des rapports de domination 9

1.2 La socialisation genrée comme fondement des inégalités de genre dans la sphère domestique 12

1.3 Les violences conjugales comme expression du sexisme 15

2. Les conséquences sanitaires des inégalités de genre dans la sphère domestique : enjeux de reconnaissance et de prise en charge par les professionnel.le.s de santé 17

2.1 Les conséquences sur la santé globale des femmes 18

2.2 Le rôle des professionnel.le.s de santé et l'influence de leurs représentations 21

II - Démarche méthodologique 30

1. Méthode de recherche 30

3. Tableau descriptif des médecins interrogé.e.s 37

III - Analyse des entretiens 39

1. Situer les discours : le monde médical comme espace traversé par les inégalités de genre 40

2. Des effets sur la santé largement identifiés : première étape d'une prise de conscience professionnelle 42

2.1 Rôles genrés et charge mentale : entre soin aux autres et oubli de soi 42

2.2 Violences sexuelles et conjugales : les conséquences durables d'une atteinte directe à la santé 47

3. Des trajectoires individuelles de sensibilisation face aux limites de la formation initiale.....52

3.1 Une formation initiale jugée insuffisante pour appréhender les inégalités de genre et les violences 52

3.2 Des parcours différenciés de sensibilisation professionnelle.....57

4. Un rôle médical inégalement défini et investi dans la pratique.....61

4.1 La vie domestique : un sujet difficilement abordé par les médecins.....61

4.2 Faire émerger les violences en consultation : des pratiques de dépistage contrastées 64

4.3 Travailler en réseau pour accompagner les patientes victimes de violences.....68

4.4 Le genre comme déterminant social de santé : une notion difficilement appropriée par les médecins 71

5. Des discours médicaux révélateurs d'une prise de conscience dépendante des trajectoires individuelles.....74

Conclusion générale et préconisations : la formation comme levier de prise de conscience professionnelle.....78

Bibliographie 81

Annexe 1 : Grille d'entretien.....86

Introduction

Ce travail de recherche est initialement né d'un questionnement autour des conséquences d'un système inégalitaire sur la santé des femmes, en interrogeant plus précisément les effets des inégalités de genre et du sexisme sur leur santé globale. Ce sujet, encore relativement peu abordé sous l'angle des conséquences sur la santé, s'est présenté comme une porte d'entrée vers une réflexion qui permet d'aller au-delà de l'analyse des inégalités de genre comme seules injustices sociales, pour interroger leurs effets concrets sur la santé globale des femmes qui les subissent. Il ne s'agit donc pas seulement de constater l'existence de rapports inégalitaires entre les femmes et les hommes, mais de comprendre dans quelle mesure ces rapports peuvent produire des effets sur les parcours de soin et la santé globale. Dans ce travail, le sexisme et les inégalités de genre sont envisagés comme un continuum, allant de la socialisation genrée, en passant par les discriminations de genre, jusqu'aux violences sexistes, sexuelles et conjugales. Les inégalités de genre traversent l'ensemble des sphères de la société, mais ce mémoire s'intéresse plus précisément à la sphère domestique. Les inégalités de genre et le sexisme au sein du couple et de la famille peuvent être envisagés comme s'inscrivant dans la continuité d'une structure sociale inégalitaire, qui se prolonge au sein du foyer. Dans cette perspective, les médecins occupent une position particulière. En raison de leur activité professionnelle, ielles peuvent être amené.e.s à accéder à certains éléments de la vie privée, familiale et domestique de leurs patient.e.s lors des consultations médicales. Ielles peuvent ainsi constater, dans certaines situations, les effets des inégalités de genre et du sexisme sur la santé de leurs patientes, mais aussi participer à leur repérage, à leur accompagnement et à leur orientation : le rôle et la prise de conscience des médecins face à ces manifestations du sexisme dans la sphère domestique peuvent donc être questionnés. Ce travail de recherche propose alors d'interroger des médecins par le biais d'entretiens semi-directifs, afin d'analyser la manière dont se construit leur prise de conscience face aux effets des inégalités de genre vécues dans la sphère domestique sur la santé des femmes. Cette prise de conscience sera étudiée à partir de plusieurs dimensions : ce que les médecins disent observer dans leur pratique, la manière dont ielles interprètent ces situations, leur sensibilisation, la formation et les ressources dont ielles disposent, mais aussi la manière dont ielles envisagent leur rôle et leur capacité d'agir dans leur pratique. Les entretiens permettent alors d'accéder à leurs discours, à leurs représentations et aux cadres de pensée qu'ielles mobilisent pour comprendre ces enjeux. Ainsi, ce travail de recherche a pour ambition de répondre à un triple objectif :

Le premier objectif de ce travail est de savoir si les médecins interrogé.e.s identifient, dans leur pratique, les effets des inégalités de genre et du sexisme au sein de la sphère domestique sur la santé des femmes. Les entretiens semi-directifs ont pour finalité de recueillir les constats, les observations et les réflexions des professionnel.le.s, concernant notamment les rôles genrés, la division genrée du travail domestique, les rapports de domination et les violences sexistes et conjugales, ainsi que leurs effets potentiels sur la santé des femmes qui les subissent. Ceci permet de constater la manière dont les médecins identifient les conséquences de ces situations sur la santé de leurs patientes, et d'évaluer si cette identification constitue déjà une première forme de prise de conscience.

Le deuxième objectif correspond au fait d'évaluer la formation des médecins interrogé.e.s au sujet de l'impact des inégalités de genre au sein de la sphère domestique sur la santé des femmes. Il est question d'interroger la place de ces enjeux dans leur cursus universitaire, ainsi que la manière dont ielles réagissent et s'adaptent en cas de manque ou d'absence de formation. Ceci a pour but de questionner leur sensibilisation et leur prise de conscience professionnelle, mais aussi de savoir si ielles entreprennent une démarche autonome de formation, d'information ou de réflexion sur ces sujets. Cette dimension permet ainsi de comprendre si la prise de conscience des médecins est soutenue par un cadre de formation commun, ou si elle dépend davantage de leurs trajectoires individuelles.

Le dernier objectif est d'aborder la manière dont les médecins interrogé.e.s identifient leur rôle et leur capacité d'agir dans leur pratique, notamment dans une éventuelle démarche de repérage et d'accompagnement auprès de leurs patientes. Il s'agit de comprendre dans quelle mesure ielles prennent conscience de la place qu'ielles peuvent occuper face aux effets des inégalités de genre sur la santé des femmes. Cet objectif vise également à aborder les méthodes, outils, ressources et approches qu'ielles mobilisent, adaptent ou développent potentiellement dans leur pratique, en réponse aux observations qu'ielles formulent.

Ainsi, la finalité principale de ce mémoire est d'interroger la prise de conscience des médecins quant aux conséquences des inégalités de genre et du sexisme vécus dans la sphère domestique sur la santé des femmes. Cette prise de conscience sera envisagée comme un processus qui peut être plus ou moins explicite, plus ou moins construit, et qui dépend à la fois des observations faites dans la pratique, de la formation reçue, des sensibilisations individuelles et des différentes façons dont les médecins ajustent potentiellement leur pratique.

Dans un premier temps, les apports théoriques et les différents regards disciplinaires mobilisés permettront de faire ressortir les principaux concepts et théories nécessaires à la démarche de recherche et à la problématisation. Après avoir exposé les fondements théoriques de ce travail, il s'agira, dans un deuxième temps, de présenter la démarche méthodologique, en décrivant notamment les conditions de réalisation des sept entretiens semi-directifs avec les médecins. Enfin, une fois cette méthodologie présentée, l'analyse des entretiens permettra de dégager les principaux thèmes issus des données qualitatives recueillies, en gardant pour fil conducteur la manière dont se construit la prise de conscience des médecins interrogé.e.s.

I - Revue de littérature

1. L'inscription des inégalités de genre et du sexisme dans la sphère domestique

Afin de comprendre en quoi le sexisme et les inégalités de genre dans la sphère domestique impactent la santé des femmes, il est important de constater que ces phénomènes s'inscrivent dans une structure sociale inégalitaire. Cette structure est régie par des rapports de domination profondément ancrés dans la société, dans ses institutions, dans les représentations, les pratiques, les normes, les rôles, les corps et les esprits. Il semble nécessaire d'avoir une vue d'ensemble sur la manière dont les inégalités de genre et le sexisme opèrent dans la société, puis plus précisément dans la sphère domestique, à l'aide des apports des sciences humaines à ce propos. La première sous-partie de cet axe relève à la compréhension de la structure sociale inégalitaire à l'aune des concepts de genre, de domination masculine, de rapports sociaux de sexe, de sexisme et de discrimination genrée. La deuxième sous-partie se poursuit sur les façons dont les femmes sont amenées à endosser des rôles genrés du fait de leur socialisation, ce qui renforce les inégalités de genre au sein de la sphère domestique. Enfin, la dernière sous-partie aborde quant à elle l'expression du sexisme dans les violences conjugales faites aux femmes.

1.1 UNE STRUCTURE SOCIALE INÉGALITAIRE RÉGIE PAR DES RAPPORTS DE DOMINATION

Dans la société française, comme dans beaucoup d'autres, une différenciation des sexes masculin et féminin opère et donne lieu à une hiérarchisation plaçant le sexe masculin en position de domination. Une différenciation sociale vient hiérarchiser et catégoriser les sexes à partir des différences biologiques observables entre les femmes et les hommes, tels que les hormones, les chromosomes et les organes génitaux[1]. La notion de genre (venue du terme américain *gender*) correspond à ce mécanisme de différenciation sociale, qui permet de comprendre en quoi la structure entière de la société vient attribuer des attentes, des caractéristiques et des rôles genrés, venant construire des identités masculines et féminines différenciées. La construction sociale du genre fonctionne alors par catégorisation : les hommes en tant que groupe social sont censés partager des caractéristiques sociales communes, pareillement pour le groupe des femmes. Ainsi, le genre crée la différence entre les sexes et cette construction opère dans chaque sphère de la vie quotidienne. La sociologue Isabelle Clair a développé cette dimension structurante du genre :

> [Le genre] est présent dans les entreprises, les écoles, les partis politiques, enfin tout ce qui fait la vie sociale. Il organise des pratiques quotidiennes et des idées partagées par tout le monde : les normes de genre nous enjoignent tou.tes à devenir homme ou femme, c'est-à-dire à marcher comme ci, à parler comme ça, à préférer telles couleurs, tels plats et tels partenaires sexuels, à éprouver de la peur dans telles circonstances mais pas dans telles autres, bref à faire en sorte d'avoir bien l'air d'être ce que nous sommes supposé.es être « naturellement », à ressentir les émotions qu'un « instinct » bien intégré nous dicterait. (Clair, 2023, p.8).

Le genre structure alors la société toute entière et fait partie intégrante de la construction sociale des individus. Les caractéristiques genrées peuvent sembler naturelles et innées, car profondément intégrées par les individus depuis leur naissance, or, elles sont le fruit d'une construction sociale qui non seulement différencie, mais hiérarchise les sexes. Françoise Héritier permet de penser cette hiérarchisation à partir de la notion de « valence différentielle des sexes », qui désigne le fait que toutes les sociétés distinguent le masculin et le féminin, mais que cette différence est presque toujours pensée de manière hiérarchisée, au profit du masculin. Elle montre ainsi que la différence des sexes n'est pas seulement biologique : elle est organisée socialement comme une différence de valeur (Héritier, 1996). Ainsi, la différenciation devient un problème lorsqu'elle est à l'origine d'une

[1] L'existence des personnes intersexes démontre par ailleurs des variations multiples des caractéristiques sexuelles, en dehors de la binarité femme/homme.

hiérarchisation, régissant des rapports de pouvoir qui favoriseraient un groupe plutôt qu'un autre, en prenant appui sur des différences réelles ou supposées.

Dans le cas de la hiérarchisation genrée, la domination masculine est un concept de sociologie particulièrement éclairant. Pierre Bourdieu publie en 1998 l'ouvrage *La Domination masculine*, qui a reçu de nombreuses critiques d'autres auteur.e.s depuis sa parution, notamment pour sa tendance à invisibiliser les travaux féministes antérieurs et à accorder une place centrale à la domination symbolique au détriment des dimensions matérielles et des résistances des femmes. Or, le concept de domination masculine reste aujourd'hui pertinent pour beaucoup de sociologues et permet de comprendre pourquoi une telle domination persiste alors que la société prône de plus en plus l'égalité des sexes. Pour Pierre Bourdieu, c'est parce que la domination est « le produit d'un travail incessant de reproduction » auquel contribuent les différents agents : les hommes (avec des armes comme la violence physique et la violence symbolique), les femmes victimes inconscientes de leurs habitus et enfin les institutions (famille, Église, école, État) (1998, p.40). Pierre Bourdieu explique qu'une intégration par l'habitus (constituant les habitudes de manière d'être et de penser) opère et s'inscrit si profondément dans les corps et les esprits que les caractéristiques, pourtant socialement construites, apparaissent comme naturelles (1998, p.17). La domination masculine serait alors invisible, puisque considérée comme naturelle : selon Pierre Bourdieu, ceci correspond à la violence symbolique, décrite comme une domination qui s'impose sans contrainte physique directe, parce qu'elle agit à travers les représentations, les habitudes et les croyances que les individus ont intégrées comme allant de soi, comme étant naturelles et légitimes (1998, p.33). Ceci pourrait expliquer pourquoi, bien que la société moderne affiche une volonté d'égalité des sexes - en particulier par les textes législatifs prônant l'équité et la parité - la domination masculine est encore bien présente. En effet, comme l'écrit l'économiste Françoise Milewski, « encore aujourd'hui, l'égalité de droit ne conduit pas à une égalité de fait » (2019, p.70), la domination masculine se fait encore largement ressentir, que ce soit dans le monde professionnel, dans la politique, dans l'espace public et au sein du foyer. La sociologue Jacqueline Laufer, écrit que « la domination désigne toute forme d'exercice du pouvoir qui existe dès que et pour autant qu'on la reconnaît comme telle, dans un espace donné, conduisant à un jugement de légitimité, de soumission ou de contestation », et affirme que les inégalités de genre constatées de nos jours démontrent « la persistance de la domination masculine » (Laufer, 2005, p.68). De plus, cette persistance pourrait s'expliquer par la reproduction de rapports sociaux de sexe. La sociologue Danièle Kergoat, écrit que le genre « […] désigne le système qui organise la différence hiérarchisée entre les sexes, [tandis que] la notion de rapport social permet, elle, de penser la dynamique de ce système. » (2005, p.94). L'autrice définit le rapport

social comme toute « tension qui traverse le champ social et produit des enjeux matériels et idéels autour desquels se constituent des groupes aux intérêts antagoniques » (Kergoat, 2012, p.17). Effectivement, certains sociologues valorisent la théorisation de l'oppression des femmes en tant que rapport social, car il traverse les champs sociaux - il est structuré par ces derniers et il les structure à son tour -, et est dynamique dans le sens où, simultanément, il construit les individus et les individus sont producteurs de ce rapport social : « […] il s'agit de saisir l'enjeu des pratiques et représentations : pour les dominants, le maintien ou le renforcement de l'oppression ; pour les dominé.e.s, l'atténuation ou la suppression de l'oppression » selon le sociologue Xavier Dunezat (2007, p.184).

La domination masculine et les rapports sociaux de sexe, bien que parfois difficilement visibles, s'inscrivent pourtant dans des phénomènes concrets de sexisme et de discriminations au détriment des femmes. D'après le sixième état des lieux du sexisme en France de 2024[2], réalisé par le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, presque 9 femmes sur 10 déclarent avoir personnellement subi une situation sexiste (p. 13). Le professeur de psychologie sociale André Ndobo, définit le sexisme comme une attitude discriminatoire fondée sur le sexe qui « se caractérise par la tendance à la justification biologique et à l'essentialisation des différences et des inégalités entre les hommes et les femmes » (2010, p.103). Le sexisme s'inscrit dans des attitudes qui amènent à rabaisser, délégitimer et stigmatiser les femmes : « [il] se manifeste au quotidien, par exemple à travers des blagues, des stéréotypes négatifs, des marques d'irrespect, jusqu'à des pratiques d'exclusion. Il porte atteinte à la dignité et crée un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant » (Milewski, 2019, p.83). On peut distinguer deux types de sexisme : le sexisme classique lorsque la différence de traitement est visible et qu'il est possible de dénoncer cet acte, et le sexisme masqué - ou sexisme bienveillant - qui entretient les stéréotypes avec une intention non-malveillante et qui est plus difficile à dénoncer. Marie Sarlet et Benoit Dardenne expliquent que le sexisme bienveillant constitue des « […] formes implicites de sexisme [qui] persisteraient et passeraient à travers les mailles des filets législatifs et sociaux mis en place, elles rendraient possible la cohabitation du principe d'égalité avec un sexisme dont les conséquences délétères sont toujours bien présentes et observables » (2012, p.436). Effectivement, il est important que le sexisme soit « […] envisagé à travers ses composantes hostile et bienveillante » (Ndobo, 2010, p.107). Le sexisme classique constitue une discrimination envers les femmes d'un point de vue juridique et est puni par la loi : il est considéré comme une discrimination fondée sur le sexe, qui désigne le fait de traiter une personne de manière défavorable, de la dévaloriser ou de limiter ses possibilités en raison de son sexe réel ou supposé, souvent à

[2] URL : https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/rapport-6eme-etat-des-lieux-du-sexisme-en-france-sattaquer-aux-racines-du-sexisme

partir de stéréotypes associés au féminin et au masculin. La loi reconnaît juridiquement le sexisme comme une discrimination à l'encontre d'un groupe, le plus souvent celui des femmes, et admet le caractère systémique du sexisme, qui va au-delà d'une altercation individuelle, mais qui relève bien d'un système social inégalitaire.

1.2 LA SOCIALISATION GENRÉE COMME FONDEMENT DES INÉGALITÉS DE GENRE DANS LA SPHÈRE DOMESTIQUE

La socialisation des femmes les amène à endosser des rôles de manière presque naturelle et automatique dans la sphère domestique, tant la socialisation genrée est prononcée et accentuée par l'ensemble de la société et des représentations, et tant celle-ci commence dès le plus jeune âge. En effet, la sociologue Marie Buscatto, écrit que « […] Les parents, les pairs, les professionnel.le.s de santé-e-s, les médias ou les enseignant-e-s participent de manière toute " naturelle " à fabriquer des filles et des garçons […]. Ces socialisations affectent aussi bien les corps que les pensées, les gestes que les paroles, les apparences que les sentiments » (2019, p.21). L'autrice appuie sur l'impact des différenciations genrées dans le caractère naturalisant des caractéristiques et des comportements dits « féminins » et « masculins », qui vont venir donner sens aux différents rôles endossés par les femmes et les hommes, comme s'ils relevaient d'une nature innée, pourtant socialement construite (Buscatto, 2019, p.21). Dans le cas des femmes, Françoise Milewski affirme que « les stéréotypes de sexe fondent des discriminations et influencent les comportements des femmes, dans les représentations qu'elles ont de leur rôle. Elles intériorisent les contraintes auxquelles elles devront faire face » (2019, p.82). En effet, les rôles sociaux attribués aux femmes leur sont inculqués très tôt : dans l'enfance, elles réalisent plus de tâches domestiques que les garçons, ce qui les conduit à endosser spontanément ces tâches à l'âge adulte, presque malgré elles, même si elles aspirent à une répartition égalitaire (Court, Bertrand, Bois, Henri-Panabière et Vanhée, 2016, p.72). Selon une enquête de l'INSEE datant de 2015, les femmes consacrent en moyenne 3h26 par jour aux tâches domestiques (ménage, courses, soins aux enfants, etc.), contre 2h pour les hommes. La sociologue du genre Caroline Ibos démontre, en revanche, que les femmes ne forment pas un groupe homogène face au travail domestique : les femmes des classes supérieures peuvent alléger leur propre charge domestique et mentale en la déléguant à d'autres femmes, souvent migrantes, racisées et précaires, ce qui déplace la domination plutôt que de la supprimer (2012, s.p.). De plus, Colette Guillaumin permet de compléter l'analyse bourdieusienne de la domination masculine en insistant sur la dimension matérielle de l'oppression des femmes : à travers le concept de sexage, elle montre que les femmes sont socialement appropriées dans leur

corps, leur temps et leur travail, notamment par le travail domestique. Cette approche permet de comprendre que les inégalités domestiques ne relèvent pas seulement de représentations ou de normes intériorisées, mais aussi d'un rapport social dans lequel la disponibilité des femmes est attendue et organisée au bénéfice des hommes et de la famille (Guillaumin, 1978, p.10). Ainsi, la socialisation différenciée des femmes et des hommes et l'intériorisation des rôles genrés amènent un inégal partage des tâches domestiques, celui-ci résultant directement de la structure sociale inégalitaire marquée par la hiérarchisation des sexes et les rapports de domination.

La reconnaissance du travail domestique réalisé par les femmes a été portée par les travaux féministes depuis les années 1970, notamment par la chercheuse Christine Delphy, membre du MLF (Mouvement de Libération des Femmes). Celle-ci dénonce le mécanisme de préservation d'un système dominé par les hommes de par l'exécution gratuite et invisible des tâches domestiques par les femmes, relevant d'une exploitation et d'une oppression patriarcale (1977, p.33-35). Caroline Ibos explique que le travail domestique a connu depuis une faible reconnaissance économique, grâce au calcul de sa valeur économique, mais aussi de sa valeur immatérielle pour le bien collectif (2021, p.784). Les travaux féministes ont repensé le terme de travail, souvent entendu comme travail salarié, mais qui concerne aussi les tâches domestiques bien qu'elles soient gratuites et invisibles et peu reconnues socialement : « Faire le ménage, la cuisine ou les courses, s'occuper de l'éducation des enfants ou prendre en charge des parents âgés, bricoler son intérieur ou jardiner sont autant de tâches mises en œuvre pour le bien commun – celui partagé avec un compagnon, des enfants, des parents proches » (Buscatto, 2019, p.61). Le rôle des femmes est rattaché à la sphère privée dans laquelle elles réalisent un travail de reproduction peu valorisé, tandis que le rôle des hommes (dont la socialisation s'est fondée sur la production économique) est rattaché à la sphère publique de par un travail de production valorisé aux yeux de la société : ceci place alors les hommes et les femmes dans un rapport fortement inégalitaire (Buscatto, 2019, p.61). De plus, la sociologue Monique Haicault explique que le travail domestique est inséparable de la charge mentale qui l'accompagne :

> Commune à toutes les femmes, [la charge mentale] concerne le travail d'organisation et de gestion de l'ensemble des activités de la vie domestique d'une famille, au quotidien et sur le moyen terme. Un travail mental qui s'apparente au management des entreprises et est sans cesse à penser et à repenser selon les contingences. […] La charge mentale de gestion mobilise de nombreuses compétences mentales. Des capacités cognitives de mémorisation, de prévision, d'anticipation, de réponse et d'adaptabilité. Essentielle au maintien du groupe familial, elle requiert une disponibilité agissante, une coprésence, y compris de cœur,

> pour maintenir le groupe familial en bon état physique et moral, quoi qu'il arrive. (Haicault, 2022, p.22).

La sociologue Monique Haicault apporte une réflexion sur la légitimation de la charge mentale des femmes, car « […] une violence symbolique s'exerce sur la charge domestique pour la renvoyer sans cesse à un ordre naturel […] » (2022, p.30). La socialisation des femmes, leur entourage, les médias, les institutions, les représentations collectives et les stéréotypes genrés légitiment, transmettent et reproduisent « […] l'image de la bonne-mère-bonne-épouse, avec au centre la bonne tenue de la maison et la performance de la "conciliation" » (Haicault, 2022, p.30), ce qui contraint les femmes à être dans l'obligation inconsciente de supporter la charge mentale des tâches domestiques et reproductives.

L'image socialisée du rôle maternel des femmes et de leur caractère naturel à prendre soin a été particulièrement révélée par l'éthique féministe du *care*. Introduit par la philosophe et psychologue Carol Gilligan, le concept de *care* désigne une forme de moralité relative aux femmes, il peut être traduit en français par le terme de sollicitude et consisterait au fait de prendre soin. L'éthique du *care* a mis en avant la place majoritaire des femmes dans les activités de soin, qu'elles soient privées ou professionnelles : la philosophe Fabienne Brugère, écrit que « […] tout ce qui touche aux relations, au bien-être de l'esprit ou du corps ou à la prise en charge des besoins fondamentaux, est généralement accompli par des femmes. » (2021a, p.223) De plus, les femmes « se conforment généralement à une morale du *care*, habitée par la réponse aux besoins des autres, apte à l'empathie et pouvant aller jusqu'au sacrifice de soi. » (Brugère, 2021a, p.223). En effet, de par leur capacité biologique à être enceinte, on observe une essentialisation et une naturalisation du rôle et du caractère des femmes qui les encouragent et les amènent à se comporter de façon maternante, en prenant soin des autres, du foyer et de l'équilibre familial. L'éthique du *care* permet d'identifier « […] des formes d'oppression des femmes dans les discours et pratiques morales, dans les partages du privé et du public et dans l'assignation des tâches de soin aux femmes » (Brugère, 2021b, p.12) et cette éthique féministe met en avant le dévouement opéré par les femmes, quitte à mettre de côté leurs propres besoins. Or, comme l'écrit Fabienne Brugère « il n'y a pas de souci des autres sans souci de soi […]. Les femmes, longtemps exclues de toute pratique de soi, doivent apprendre à s'occuper d'elles-mêmes, à rechercher des façons de bien vivre, à se concentrer sur elles-mêmes. L'éthique féministe suppose une transformation du rapport à soi » (Brugère, 2021b, p.12).

1.3 LES VIOLENCES CONJUGALES COMME EXPRESSION DU SEXISME

Les violences sexistes et sexuelles désignent l'ensemble des actes, propos ou comportements fondés sur le sexe d'une personne, qui ont pour effet ou pour but de porter atteinte aux droits fondamentaux de la personne, notamment le droit à la sécurité, à la liberté, à l'intégrité psychique, physique et psychologique. Les violences à l'encontre des femmes les privent de leur liberté, les limitent dans les espaces et dans leurs capacités à agir. Elles peuvent toucher toutes les femmes de tout milieu social, dans toute sphère de la vie quotidienne, et sont caractérisées par des actes de violences qui peuvent être physiques, sexuels, verbaux, symboliques et psychologiques. Les violences faites aux femmes ont été formalisées par la sociologue Liz Kelly, qui théorise l'existence d'un double continuum quant aux violences faites aux femmes : un continuum concernant les différentes formes de violences (coups, viol, injures, cris, menaces, humiliation, pouvant aller jusqu'au féminicide), ainsi qu'un continuum qui concerne les différentes sphères dans lesquelles s'inscrivent ces violences (sphère familiale, professionnelle, publique, etc.) (1987, p.46-60). Selon l'enquête nationale « Vécu et ressenti en matière de sécurité », on estime en moyenne que 230 000 femmes âgées de 18 ans et plus ont été victimes de viols, tentatives de viol et/ou agressions sexuelles en France en 2023. Suite aux violences subies, seules 6 % des femmes victimes déclarent avoir porté plainte (2023). En effet, les femmes victimes de violences ont tendance à se taire, voire à minimiser ou nier les violences subies, sous la pression de l'auteur des violences, mais aussi sous la pression de la société et de la justice qui participent à l'impunité des auteurs de violences (Jaspard, 2005, p.149). La socialisation des femmes entraîne de même des sentiments d'impuissance, voire de culpabilité et de responsabilisation des agressions subies. Selon la socio-démographe Maryse Jaspard : « la violence s'exerce de façon univoque et s'inscrit dans un fonctionnement d'emprise sur l'autre, ce qui la distingue du conflit, mode relationnel interactif. De l'ordre du privé, les violences envers les femmes sont souvent occultées […] » (2005, p.149). Or, bien qu'elles surviennent souvent dans la sphère privée, les violences exercées envers les femmes reposent sur un fondement commun qu'est la domination masculine, elles sont donc d'ordre structurel et non individuel. En 1977, la sociologue féministe Jalna Hanmer publie « Violence and the Social Control of Women » dans le premier numéro de la revue Questions Féministes et révolutionne l'approche de la violence faite aux femmes en la qualifiant d'une forme de contrôle social. Ce contrôle social serait destiné à maintenir la subordination des femmes dans la société, que ce soit dans la sphère privée ou publique : « Une définition sociologique de la violence envers les femmes doit tenir compte de l'usage de la force et de la menace comme moyen d'obliger les femmes à se comporter ou à ne pas se comporter de telle ou telle façon […] » (Hanmer, 1977, p.72). Les différents travaux féministes et sociologiques engagés

depuis les années 70 contre les violences faites aux femmes, ont amené à remettre en cause le caractère naturel des pulsions masculines. Par ailleurs, Maryse Jaspard écrit que « dans un contexte social où la violence physique est prohibée, les violences psychologiques apparaissent comme une forme moderne de la domination d'un sexe sur l'autre » (2005, p.154).

Les violences conjugales constituent la forme de violence la plus fréquente à l'encontre des femmes - commises par un conjoint ou ex-conjoint - et elles révèlent particulièrement cette dimension de contrôle exercé par les hommes.

> Les violences au sein du couple sont la manifestation d'un rapport de domination que l'auteur instaure sur la victime et qui se traduit par des agressions physiques, psychologiques, verbales, sexuelles, économiques, administratives et par des cyberviolences. Ces agressions sont souvent récurrentes et cumulées. Elles s'intensifient avec le temps, pouvant aller jusqu'au féminicide. Les violences au sein du couple diffèrent des disputes ou conflits conjugaux dans lesquels deux points de vue s'opposent dans un rapport d'égalité. Les violences peuvent exister quelle que soit la configuration conjugale (couples cohabitants ou non, mariés ou non, petits-amis et petites-amies, relations épisodiques, couples hétérosexuels, gays ou lesbiens, etc.), pendant la relation, au moment de la rupture ou après la fin de cette relation. (Miprof, 2024, p.6).

Maryse Jaspard, écrit que « […] les agressions sexuelles sont perpétrées principalement par des hommes proches. Alors que les peurs se canalisent sur la barbarie du viol par surprise, les violences sexuelles intra-familiales s'inscrivent dans la durée et sont les plus fréquentes » (2005, p.153). Le rapport du Haut Conseil à l'Égalité Femmes Hommes de 2023 estimait que 41 % des 18-25 considèrent que forcer sa partenaire à avoir des relations sexuelles n'est pas un viol. Selon l'enquête « Vécu et ressenti en matière de sécurité » de 2023, on estime que 373 000 femmes âgées de 18 ans et plus ont été victimes de violences physiques, sexuelles et/ou psychologiques ou verbales commises par leur conjoint ou ex-conjoint en 2022 (en France hexagonale, en Martinique, en Guadeloupe et à La Réunion). Ces violences conjugales peuvent aller jusqu'au féminicide : on estime qu'une femme meurt tous les deux à trois jours en France sous les coups de son conjoint ou de son ex-conjoint (2023). À l'aune du concept de contrôle coercitif diffusé par Evan Stark, la docteure en psychologie sociale Andreea Gruev-Vintila explique que cette approche globale a révolutionné sa compréhension des violences conjugales (2023). Elle décrit le contrôle coercitif comme « […] un répertoire de comportements oppressifs basés sur le privilège donné par le sexe [attaquant] les ressources, les droits, la liberté, l'espace des femmes, en micro-régulant leur quotidien […] » (2023, p.19). Selon l'autrice, le concept de contrôle coercitif « […] remplace la question : " Pourquoi n'est-elle pas

partie ? " par : " Comment s'y est-il pris pour l'empêcher ? " » (2023, p.19). En effet, utiliser le concept de contrôle coercitif vient responsabiliser les auteurs de violences conjugales, et permet de comprendre que « la violence conjugale n'est pas une forme de conflit conjugal ou parental, mais une forme de violence sociale, avec comme objectifs de contrôler, contraindre, minorer et capter les ressources d'autrui, allant parfois jusqu'à la déshumanisation et l'extermination » (Gruev-Vintila, 2023, p.20). Le contrôle coercitif découle selon l'autrice de la structure sociale, et implique alors la responsabilité de la société et de l'État : « [la violence conjugale] est une conséquence des inégalités structurelles entre les femmes et les hommes, mais aussi une façon de les perpétuer. » (Gruev-Vintila, 2023, p.45) L'autrice explique qu'il est nécessaire de comprendre les violences conjugales dans un contexte de domination constant et persistant, bien que la question des violences faites aux femmes soit de plus en plus présente dans les débats publics (Gruev-Vintila, 2023, p.35). L'approche par le contrôle coercitif insiste ainsi sur la violence qui va au-delà des coups et des blessures visibles, mais qui peut être exercée par l'auteur de violences sur la durée par des actes de contrôle psychologique, spatial, ou de ressource, qui n'en sont pas moins violents.

Pour conclure cette première partie établissant les fondements théoriques de ce mémoire, il est possible de constater que la société française est fondée sur une structure sociale inégalitaire dont les sciences humaines et sociales ont tenté de comprendre les logiques. Par ailleurs, la différenciation genrée dans la socialisation des femmes contribue à une attribution inégalitaire des rôles sociaux au sein de la sphère domestique, renforçant alors les inégalités de genre au sein du foyer. Enfin, les phénomènes structurels de violences sexistes et sexuelles se poursuivent dans la sphère domestique sous la forme de violences conjugales et constituent une des formes extrêmes du sexisme.

2. Les conséquences sanitaires des inégalités de genre dans la sphère domestique : enjeux de reconnaissance et de prise en charge par les professionnel.le.s de santé

Après cette vue d'ensemble de la société inégalitaire dans laquelle s'inscrivent le sexisme et les inégalités de genre dans la sphère domestique, la première sous-partie de cet axe a pour objectif d'aborder leurs effets sur la santé globale des femmes. Il s'agit de questionner les conséquences du sexisme, des rôles genrés, des rapports de domination et des violences sexistes et sexuelles sur la santé des femmes qui les subissent. Notamment

dans la sphère domestique, où des manifestations du sexisme peuvent affecter la santé des femmes et leur capacité à prendre soin d'elles. Dans la seconde sous-partie, le rôle dont les professionnel.le.s de santé peuvent s'emparer face à ces conséquences sur la santé des patientes sera abordé, en particulier dans le cas des patientes victimes de violences sexistes, sexuelles et conjugales.

2.1 LES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ GLOBALE DES FEMMES

Selon la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2020, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Le modèle biopsychosocial proposé par le docteur Libman Engel dans les années 1990 s'avère pertinent pour prendre en compte les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux de la santé. Ces trois dimensions pouvant affecter la santé des individus, il est nécessaire de les prendre simultanément en considération afin de comprendre la manifestation de la souffrance et de la maladie (Engel, 1997, p.582). Dans un contexte où les femmes sont victimes de la domination masculine, de rapports sociaux inégalitaires, d'assignation à des rôles genrés et de violences sexistes et sexuelles, leur santé biopsychosociale peut potentiellement s'avérer altérée. Comme précédemment abordées, les contraintes pesant sur les femmes les restreignent dans leur vie quotidienne et constituent une entrave à leur liberté et à leurs droits. Le sociologue Johan Galtung introduit en 1969 le concept de violence structurelle, dans la continuité du concept de violence symbolique décrite par Pierre Bourdieu. La violence structurelle est définie par Johan Galtung comme « toute forme de contrainte pesant sur le potentiel d'un individu du fait des structures politiques et économiques » (Galtung, 1990, p.292). Ce concept semble pertinent afin de comprendre que le sexisme au sein du couple exerce une forme de violence sur les femmes, même si celui-ci peut sembler non-violent en apparence et ne touche pas à l'intégrité physique de la victime. L'anthropologue Karine Gatelier et la sociologue Claske Dijkema ont décrit les mécanismes de la violence structurelle :

> […] La violence structurelle dépossède ceux qu'elle affecte des moyens de leur pouvoir d'agir en réduisant l'accès à des ressources matérielles et symboliques : un revenu, l'accès à l'éducation et à la santé, la protection, la reconnaissance, etc. [Elle] assigne les individus qu'elle affecte à des positions sociales subalternes, auxquelles il est difficile de remédier. Comme elle fait système, la violence structurelle met en œuvre un rapport de force très asymétrique. Agir sur elle suppose d'intervenir sur des représentations, des croyances, des mentalités, des systèmes. (Gatelier, Dijkema, 2018, p.24-25).

Les représentations et les rôles genrés qui pèsent sur les femmes dans la sphère domestique, leur position inférieure à celle de leur conjoint, le manque de reconnaissance du travail domestique qu'elles réalisent et le contrôle des ressources exercé par leur conjoint peuvent ainsi constituer une forme de violence.

L'impact de ces contraintes en apparence non-violentes sur la santé a été assez peu investi par les sciences humaines et par la médecine, mis à part les effets de la charge mentale. En effet, la charge mentale à des conséquences avérées sur la santé des individus, selon Jarmila Mildorf, la charge mentale peut notamment « […] entraîner à long terme des répercussions négatives sur la santé physique et psychologique des individus : dépression, burn-out, hypertension, problèmes de dos, problèmes cardiaques pour ne donner que quelques exemples » (2022, p.44). Comme il a été constaté précédemment, les femmes supportent en grande partie la charge mentale des tâches domestiques et reproductives ; cette surcharge et cette disponibilité permanente peuvent non seulement affecter leur santé, mais aussi leur capacité à prendre soin d'elles. En effet, au sein des couples hétérosexuels, l'inégal partage des tâches domestiques et reproductives implique que les femmes ont moins de temps à s'accorder que leur partenaire masculin, ce qui peut impacter le temps nécessaire au maintien de leur santé biopsychosociale (activités physiques, loisirs, soins de santé, etc.). L'attention portée vers les autres ne permet de même pas aux femmes de prendre soin d'elles, car leur santé et leur bien-être ne sont pas considérés comme une priorité selon les rôles genrés assignés au caractère féminin. Jarmila Mildorf explique que les violences conjugales peuvent s'ajouter à une charge mentale élevée déjà existante, donc à des situations déjà stressantes : « La charge mentale supportée par de nombreuses femmes lorsqu'elles doivent simplement gérer la vie familiale au quotidien se trouve accrue de façon exponentielle lorsque celles-ci sont confrontées à des relations abusives et au manque de soutien » (2022, p.43).

L'approche des violences conjugales par le concept de contrôle coercitif permet de même de comprendre que les violences faites aux femmes au sein du couple peuvent impacter la santé en profondeur même si les violences ne sont pas physiques. Les conséquences sur la santé de la violence conjugale en tant que contrôle coercitif a été décrit par Andreea Gruev-Vintila :

> Avec ou sans violence physique, le contrôle coercitif est un crime de privation de liberté […] il a un retentissement majeur et durable sur la santé bio-psychosociale des victimes. […] Le contrôle coercitif est un stresseur chronique et répété avec une cascade d'effets. Si la victime survit, l'ampleur de ce retentissement sur l'organisme est telle qu'il peut l'impacter à vie. […] Même sans violence physique, les traumatismes psychologiques peuvent aller jusqu'à modifier physiquement la structure du cerveau. […] C'est dans cette suite chronicisée résultant des

> comportements de l'agresseur que s'inscrivent les effets dévastateurs du contrôle coercitif, le trouble de stress post-traumatique complexe, leurs manifestations chez les victimes par de nombreux symptômes, difficultés d'autorégulation dans différents domaines, parfois des altérations du concept de soi. (Gruev-Vintila, 2023, p.105).

Le médecin généraliste Giles Lazimi affirme que les violences faites aux femmes sont encore trop méconnues par la société et les professionnel.le.s de santé alors qu'elles ont des effets considérables : « Le retentissement des agressions psychiques, physiques et sexuelles sur la victime modifie de façon brutale et plus ou moins durable sa vie, sa pensée, l'image qu'elle a d'elle-même, son caractère, son humeur, sa vie sociale, ses relations, sa sexualité, son fonctionnement au quotidien » (2021, p.55). Giles Lazimi précise que les violences subies peuvent amener les femmes à être atteintes de diverses pathologies, qu'elles soient psychologiques (dépression, anxiété, tentative de suicide, abus de substances, etc.), ou physiques (douleurs pelviennes, IST, douleurs lombaires, douleurs cervicales, infections urinaires, troubles gastriques, etc.) (p.57). L'auteur affirme que « les agressions sexuelles, et notamment les viols, sont les violences les plus graves en termes de retentissement sur la santé et les plus fréquemment accompagnées de stress post-traumatique » (p.56). L'OMS a réalisé une synthèse des conséquences des violences faites aux femmes sur leur santé globale en 2012 :

> Les répercussions de la violence sur la santé peuvent être aiguës et immédiates, de longue durée et chroniques, et/ou mortelles. Les recherches font systématiquement ressortir que plus la violence est grave, plus son impact sur la santé physique et mentale de la femme est profond. De plus, les répercussions négatives de la violence sur la santé peuvent persister longtemps après que celle-ci s'est arrêtée. Les conséquences de la violence ont tendance à être plus graves lorsque la femme est confrontée à plus d'un type de violence (par exemple, physique et sexuelle) et/ou à de multiples incidents au fil du temps. (Garcia-Moreno, Guedes, Knerr, 2012, p.1).

Voici ci-contre le tableau dressé par l'OMS[3], des conséquences fréquentes de la violence à l'égard des femmes sur la santé (Garcia-Moreno, Guedes, & Knerr, 2012, p.2).

[3] URL : https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2bc97ea8-d0c3-4c9f-adc2-b3a9971cf6b6/content

Conséquences fréquentes de la violence à l'égard des femmes sur la santé *(2–5)*

Physique	Sexuelle et génésique
• traumatismes physiques aigus ou immédiats, tels qu'ecchymoses, abrasions, lacérations, perforations, brûlures et morsures, ainsi que fractures et os ou dents cassés • blessures plus graves, susceptibles d'entraîner des incapacités, notamment les blessures à la tête, aux yeux, aux oreilles et les traumatismes au thorax et à l'abdomen • troubles gastro-intestinaux, problèmes de santé à long terme et mauvais état de santé, notamment syndromes de douleur chronique • décès, notamment fémicide et décès liés au SIDA	• grossesse involontaire/non désirée • avortement/avortement dans de mauvaises conditions de sécurité • infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH • complications de la grossesse/fausse-couche • hémorragies ou infections vaginales • infections pelviennes chroniques • infections urinaires • fistule (déchirure entre le vagin et la vessie, entre le vagin et le rectum, ou les deux) • rapports sexuels douloureux • troubles sexuels
Mentale	**Comportementale**
• dépression • troubles du sommeil et de l'alimentation • stress et troubles anxieux (par exemple, l'état de stress post-traumatique) • comportements autodestructeurs et tentatives de suicide • mauvaise estime de soi	• usage nocif de l'alcool et toxicomanies • multiples partenaires sexuels • choix de partenaires violents plus tard dans la vie • diminution du recours aux contraceptifs et aux préservatifs

2.2 LE RÔLE DES PROFESSIONNEL.LE.S DE SANTÉ ET L'INFLUENCE DE LEURS REPRÉSENTATIONS

Face aux constats des effets des inégalités de genre et du sexisme au sein de la sphère domestique sur la santé biopsychosociale des femmes, la question du rôle des professionnel.le.s de santé s'impose. En tant que garant.e.s de la santé de la population et en tant que tiers professionnels, ielles peuvent avoir un rôle de repérage, d'accompagnement et d'orientation des femmes qui subissent des comportements sexistes et inégalitaires au sein du foyer. Toutefois, ce rôle ne peut être pensé indépendamment de la position sociale et professionnelle des médecins, qui constituent un groupe doté d'un pouvoir de qualification des problèmes de santé et de représentations façonnées par leur socialisation médicale. Les représentations qu'ont les professionnel.le.s de santé, ainsi que leur sensibilisation et leur formation au sujet des inégalités de genre et du genre en général, peuvent alors influencer leur pratique et leur capacité à jouer ce rôle.

Avant d'interroger le rôle des médecins dans la reconnaissance et la prise en charge des conséquences sanitaires des inégalités de genre dans la sphère domestique, il semble

nécessaire de rappeler que les médecins constituent un groupe professionnel socialement situé. La sociologie des professions et la sociologie de la médecine permettent de considérer les médecins comme un groupe professionnel socialement situé, doté d'un monopole légal, d'une autonomie relative et d'un pouvoir de qualification des problèmes de santé. Eliot Freidson, un des pionniers de la sociologie médicale, a notamment démontré que la profession médicale se caractérise par une « dominance professionnelle », c'est-à-dire par la capacité des médecins à contrôler leur travail et à définir ce qui relève ou non de leur compétence (Freidson, 1970). De même, le sociologue Andrew Abbott montre, à travers la notion de « juridiction », qu'une profession se définit par le contrôle légitime d'un ensemble de problèmes et de tâches, ce qui permet aux médecins de tracer la frontière entre ce qui relève de leur champ d'intervention et ce qui peut être renvoyé à d'autres domaines, notamment social, privé ou intime (1988, p.33-35). Les effets des inégalités de genre dans la sphère domestique sur la santé des femmes sont des phénomènes qui se situent précisément à l'interface du social et du médical. De plus, comme le montre François-Xavier Schweyer, les professions du champ sanitaire sont à la fois reconnues par des institutions et défendues par des groupes professionnels qui cherchent à préserver leur autonomie, leurs intérêts et leur place dans le système de santé. Selon lui, les médecins occupent une position centrale dans cette organisation, notamment parce qu'ielles jouent un rôle de prescripteur.ice.s et d'orientation des patient.e.s, ce qui leur confère un pouvoir important dans la définition de ce qui relève ou non du champ médical (2024, p.129). Toutefois, le sociologue explique que la profession médicale ne constitue pas un groupe homogène, puisqu'elle est traversée par des formes d'exercice variées, des spécialisations multiples, des statuts différenciés et des rapports hiérarchiques qui varient selon les établissements et les contextes d'exercice (2024, p.129). Même si les médecins ne forment pas un groupe homogène, ielles peuvent partager un socle de savoirs, de valeurs, de normes et de représentations du fait de leur socialisation professionnelle. En effet, les processus de formation et d'intégration au groupe professionnel participent à la construction d'identités professionnelles situées, façonnées par les cadres organisationnels, les lieux d'apprentissage et les conditions d'exercice (2024, Schweyer, p.137). Lors des études de médecine et au cours de leur carrière, les médecins acquièrent des cadres d'interprétation du corps, de la maladie et de la souffrance, qui peuvent influencer la manière dont certains problèmes sont perçus comme légitimes ou périphériques. Ainsi, les représentations des médecins peuvent être façonnées par leur environnement, leur formation, leurs expériences et les normes sociales et professionnelles dominantes.

Le rôle des médecins dans l'identification et la prise en charge des conséquences sanitaires des expressions non violentes du sexisme et des inégalités de genre dans la

sphère domestique - telles que la charge mentale, la répartition inégale des tâches domestiques ou les rôles genrés - semble encore peu exploré par les recherches en sciences humaines et médicales. Toutefois, des travaux apportent des éclairages sur la prise en charge médicale des violences faites aux femmes. En effet, les professionnel.le.s de santé peuvent avoir, non seulement un rôle de tiers professionnel dans le repérage des violences, mais aussi un rôle de garant.e de la santé des populations et du respect des droits humains. Les professeurs E. Kabengele Mpinga et Philippe Chastonay affirment que les professionnel.le.s de santé (au même titre que les défenseurs des droits humains) ont un rôle à jouer dans « la protection et la promotion des droits humains » (2005, p.372).

> Confrontés en première ligne aux violations des droits humains qui affectent la santé des individus et des communautés, ils ont le droit et la responsabilité d'étudier, discuter, apprécier et évaluer le respect, tant en droit qu'en pratique, de tous les droits de l'homme et de toutes libertés fondamentales et, par ces moyens et autres moyens appropriés, d'appeler l'attention du public sur la question. De manière plus concrète, ils doivent témoigner, éduquer, protéger, soigner, contribuer à la réhabilitation des survivants et des victimes et prévenir les violations des droits humains dans les systèmes de santé et autres secteurs de la vie. […] Leurs perceptions des niveaux de prévalence et d'incidence de ces divers problèmes est une des conditions nécessaires à l'organisation de leurs services, à la mise en œuvre, à l'évaluation de leurs activités et à l'amélioration de l'état des droits de l'homme aussi bien dans leurs pays qu'à travers le monde. (Kabengele Mpinga, Chastonay, 2005, p.372-373).

Le thème du rôle des professionnel.le.s de santé dans le repérage et la prise en charge des violences a été récemment investi par les sciences humaines et dans le milieu de la médecine. La gynécologue-obstétricienne Ghada Hatem-Gantzer affirme que la violence faite aux femmes « […] affecte la santé, augmente le risque de maladies chroniques, de comportements dangereux et suicidaires [et] entraîne un mauvais état de santé général » (2021, p.85). Or, elle observe que les professionnel.le.s de santé accordent une grande importance aux antécédents de leur patient.e.s, notamment en termes de consommation de tabac et d'alcool, ou d'antécédents médicaux et chirurgicaux, tandis que « […] les antécédents de vie violents ne sont que rarement interrogés » (2021, p.85). Le médecin généraliste Gilles Lazimi, décrit la mise en place de « […] stratégies d'évitement, de dénégation, d'occultation » (2021, p.53) de la part des médecins, et révèle une « […] ignorance, un aveuglement, un refus de voir conscient ou inconscient, une tolérance envers ces violences et surtout une absence criante de sensibilisation et de formation » (2021, p.58). En effet, la question des violences faites aux femmes a commencé à prendre sa place à partir des années 1970, et le rôle des professionnel.le.s de santé reste encore aujourd'hui peu connu et reconnu.

> L'absence d'enseignement universitaire initial et continu, pendant longtemps, a largement contribué à empêcher les médecins à faire l'effort de s'intéresser et de comprendre le vécu des victimes, la stratégie des agresseurs et les effets du psycho-traumatisme sur les victimes, l'anesthésie émotionnelle et leur incapacité à prendre soin de leur santé. […] Il est essentiel qu'enfin soit mis en place dans nos facultés de médecine un véritable enseignement initial sur les violences faites aux femmes et leurs conséquences en matière de santé car le rôle des médecins est fondamental au même titre que celui des psychothérapeutes, des associations, des juges, des policiers et des travailleurs sociaux et médicaux. La formation des professionnel-le-s est donc indispensable pour un meilleur repérage et une prise en charge adaptée. (Lazimi, 2021, p.62).

> Les professionnels de santé sont souvent les premiers interlocuteurs des victimes. Ils sont témoins des dysfonctionnements des couples et des familles, prennent en charge les facteurs de risque tels que addictions, dépression, insatisfaction conjugale ou précarité. Mais ils sont rarement formés et travaillent dans la solitude de leurs cabinets. (Hatem-Gantzer, 2021, p.84).

Gilles Lazimi, affirme que le rôle des professionnel.le.s de santé réside dans le fait de repérer, soigner et accompagner les victimes (2021, p.53). Selon lui, l'interrogation systématique des patientes est primordiale, car elle permet de « […] faire le lien entre les tableaux cliniques et les violences subies », afin de prendre en charge la victime, de l'accompagner et de l'orienter (p.59). En effet, certains tableaux cliniques comme celui du stress post-traumatique est souvent retrouvé chez les femmes victimes de violences, comprenant des symptômes spécifiques comme les conduites d'évitement, les symptômes dissociatifs ou l'hyperréactivité (Hatem-Gantzer, 2021, p.86). Selon la gynécologue-obstétricienne, ces symptômes peuvent être la source de perturbations pour les professionnel.le.s de santé : « […] une patiente très détachée voire à la limite de la dissociation pourra sembler très peu concernée par les violences qu'elle expose […] » et la dissociation de la patiente pourra l'amener à changer de versions des faits, ce qui amènera les professionnel.le.s à penser qu'elle est en train de mentir (2021, p.87).

> Plusieurs études montrent que le repérage en consultation est possible et fructueux. De simples questions en consultation médicale nous permettent de mettre à jour simplement les antécédents de violences subies et de faire le lien avec de nombreux tableaux cliniques, conséquences du psycho-traumatisme, résultant de l'agression parfois de nombreuses années avant, voire plusieurs dizaines d'années.
> Nous avons, depuis plus de 10 ans, mené plus d'une dizaine d'études de repérage en consultation médicale avec trois questions simples : […]
> - Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences verbales, propos sexistes, humiliants, dévalorisants, injures, menaces ?
> - Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences physiques : Avez-vous reçu des coups, des gifles ? Avez-vous été battue, bousculée par un homme ?

- Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences sexuelles : attouchements, viol, rapports forcés ? (Lazimi, 2021, p.59-60)

Le questionnement systématique s'avère pertinent afin que les femmes victimes de violences conjugales puissent prendre la parole si elles le souhaitent, et que le silence autour des violences subies soit brisé par de simples questions de la part des professionnel.le.s de santé. Par ailleurs, la mise à disposition « […] des affiches, des flyers ou des adresses d'associations spécialisées contribue à mettre la patiente en confiance et lui montre que ce sujet fait partie des préoccupations de son médecin » (Hatem-Gantzer, 2021, p.87). Le « Violentomètre » peut notamment être mis à disposition, en tant qu'outil simple qui permet de mesurer la toxicité d'une relation et la présence de violences. De plus, les femmes victimes de violences conjugales peuvent être isolées pour plusieurs raisons, notamment à cause du sentiment de honte et de culpabilité, mais aussi à cause des comportements de l'auteur des violences qui tente de priver la victime de ses liens sociaux. Les professionnel.le.s de santé en tant que personnes tiers, notamment en tant que tiers professionnels, peuvent être en mesure de repérer les violences subies, de prendre en charge les éventuels symptômes de la victime, de l'écouter, de l'orienter vers des associations ou d'autres professionnel.le.s spécialisé.e.s, mais aussi de signaler les violences. Face au constat de violences conjugales subies par « […] un patient vulnérable (mineur, en situation de handicap, femme enceinte) […] », les professionnel.le.s de santé sont dans l'obligation de signaler les violences subies « […] à la cellule de recueil des informations préoccupantes de son département (CRIP) ou au procureur de la République ». Or, il est nécessaire d'avoir le consentement de la victime si elle est majeure, mis à part « […] lorsque le praticien est particulièrement inquiet et le danger avéré (termes dont la clarification n'est pas toujours aisée) […] » (Hatem-Gantzer, 2021, p.88).

Dans le cas des violences sexuelles, les conséquences sur la santé sont largement démontrées et les professionnel.le.s de santé peuvent adopter des attitudes adaptées, non seulement pour soigner les victimes, mais aussi pour les accompagner. Les médecins généralistes Anne Freyens, Marion Monti, Lauriane Vignocan et Pierre Mesthé ont réalisé une étude auprès de femmes victimes de violences sexuelles, afin de recueillir leurs attentes concernant la prise en charge par leur médecin généraliste. En effet, les auteur.e.s affirment que « la prise en charge des femmes victimes de violences sexuelles a été reconnue comme étant du ressort du médecin généraliste » (2019, p.88). Les femmes interrogées pour cette étude présentaient plusieurs symptômes physiques et psychologiques et se sont prononcées sur le comportement que devraient adopter les médecins généralistes face aux patientes victimes de violences sexuelles. Voici des

recommandations apportées par cette étude : « […] les écouter sans jugement, les orienter vers des associations ou des aides psychologiques et les accompagner en les encourageant à faire valoir leurs droits » ; « […] le médecin généraliste, peu importe son âge ou son genre, devrait être formé à l'abord et à l'écoute des violences et aux psycho-traumatismes qui en découlent » ; « chaque médecin doit avoir reçu une formation lui permettant d'évoquer le diagnostic devant des signes en rupture avec le comportement antérieur de la personne, non expliqué par les étiologies habituelles. En cas de difficulté, il doit pouvoir avoir accès rapidement à un centre-ressource » (Freyens, Monti, Vignocan, et Mesthé, 2019, p.186-187). Les auteur.e.s expliquent que cela peut sembler compliqué pour les professionnel.le.s de santé de prendre en charge les victimes de violences sexuelles « […] mais selon ces femmes, il suffit de peu pour que leur généraliste soit aidant » (p.186).

> Le dépistage systématique peut être un outil dans la prise en charge des violences sexuelles. Cependant, il est nécessaire que le médecin généraliste sache aussi reconnaître les signes évocateurs, qu'il soit sensibilisé et formé aux répercussions sur la santé des violences sexuelles et à leur prise en charge. Des recommandations existent pour reconnaître, soigner et prévenir les maltraitances sexuelles à tout âge. (Freyens, Monti, Vignocan, et Mesthé, 2019, p.187).

Le sociologue Émile Durkheim définit le terme de représentation individuelle comme une idée ou une image qui existe et persiste dans l'esprit d'une personne, et il définit le terme de représentation sociale comme une idée partagée par un groupe qui découle des relations entre les personnes (1898, p.17). Les représentations, qu'elles soient individuelles ou partagées, sont considérées dans ce travail de recherche comme l'action de se représenter quelque chose, mêlant croyances, idées, connaissances et opinions. Les perceptions sont fortement liées aux représentations, elles désignent l'action de percevoir quelque chose, d'en prendre connaissance et d'en prendre conscience : les représentations et les perceptions révèlent ainsi l'idée que les individus se font de quelque chose. Les médecins généralistes Camille Levoir, Tiphaine Levoir et Yves-Marie Vincent ont mené une étude sur les représentations des médecins généralistes à propos des disparités en santé entre les hommes et les femmes. Ces auteur.e.s ont révélé des difficultés à percevoir l'influence du genre et à aborder le genre en santé. Certain.e.s médecins de cette étude confirment avoir notamment connaissance des tâches domestiques plus lourdes pour les femmes ou du fait que celles-ci sont plus victimes de violences, mais « ces représentations relèvent de convictions personnelles ». Les personnes interrogées expriment de la réticence à prendre en compte le genre en santé, tandis que les autres déterminants sociaux de santé comme l'origine sociale, l'environnement et le statut professionnel sont considérés comme plus importants (Levoir, Levoir, & Vincent, 2020, p.88). La Commission des Déterminants Sociaux de Santé (CDSS) de l'OMS affirme que le genre

est un des principaux déterminants sociaux de la santé. La Commission indique que le genre influence la santé selon trois axes : les comportements genrés en santé, les prestations médicales genrées et les autres déterminants sociaux de santé intriqués au genre, auxquels s'ajoute la réaction du système de santé (Levoir, Levoir, et Vincent, 2020, p.89).

> Paradoxalement, si les [médecins généralistes] perçoivent les disparités entre hommes et femmes selon ces trois axes et à un moindre degré leur propre influence, une grande partie ne considèrent pas le genre comme un facteur à prendre en compte dans leur pratique. […] La conscience des déterminants sociaux de la santé, dont le genre, permet de comprendre les discriminations qui structurent les individus et comment cela impacte leur santé. Si nous ne pouvons pas toujours agir sur ces éléments structurels, nous pouvons nous pencher sur nos propres préjugés et réfléchir à comment nos pratiques peuvent être discriminatoires. (Levoir, Levoir, et Vincent, 2020, p.89).

Les autrices Annalisa Casini et Isabelle Jacquet proposent d'intégrer la notion de genre en tant que grille de lecture dans les programmes de formation des professionnel.le.s de santé, ce qui offrirait à ces derniers les moyens de constater les différences entre hommes et femmes en termes d'inégalités, de dynamiques sociales et de rapports de pouvoir (2013, p.153).

> Les iniquités d'accès aux ressources, aux informations et au pouvoir se traduisent par des différences de santé entre hommes et femmes en termes de vulnérabilité à la maladie, d'état de santé, d'accès aux soins et de qualité des soins. Sensibiliser les apprenant-e-s à la question des inégalités de genre mènera, sur le long terme, à une amélioration substantielle de la santé de la société dans son ensemble. Chercher à construire la parité entre les hommes et les femmes peut se révéler comme étant l'un des chemins les plus efficaces pour que la santé en tant que secteur professionnel fonctionne au mieux et pour que la santé en tant qu'état de l'individu soit atteinte pleinement par chacun et chacune. (Casini, Jacquet, 2013, p.167-168).

Jean-Yves Le Talec, Danièle Authier et Sylvie Tomolillo ont écrit un guide théorique et pratique destiné aux professionnel.le.s de santé sur la promotion de la santé au prisme du genre. Ce guide apporte des réflexions des sciences sociales à la pratique médicale, afin d'avoir une vision systémique de la santé en interrogeant les enjeux de santé au prisme du genre.

> […] La réponse médicale est incapable de gérer les rapports sociaux structurels, mais, au moins, ce regard systémique atténue l'importance de la causalité individuelle, déplace le stéréotype au rang de construction de genre dont il convient d'avoir conscience, et permet aux soignant(e)s de porter un regard différent, voire d'intervenir sur la situation. (Le Talec, Authier et Tomolillo, 2019, p.20).

La sociologue Christine Rolland et la chercheuse scientifique Fabienne El Khoury soulignent l'importance de la prise en compte du genre en santé, notamment portée par le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCEfh) dans le rapport « Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique »[4].

> [Ce rapport] se fonde sur les constats suivants : au-delà des différences de santé liées au sexe biologique, les représentations sociales du féminin et du masculin interviennent également pour engendrer des inégalités de santé. L'influence du genre – qui réfère à la construction sociale des identités et des rapports sociaux entre les sexes – constitue un facteur de risque de discriminations entre les sexes dans la prise en charge médicale. C'est ainsi que les codes sociaux liés aux genres féminin et masculin influencent l'expression des symptômes, le rapport au corps, le recours aux soins de la part des malades. Chez les médecins et personnels soignants, les préjugés liés au genre sont susceptibles d'influencer l'interprétation des signes cliniques et la prise en charge des pathologies. (Rolland, El Khoury, 2023, p.363).

Les autrices affirment plusieurs points qui nécessitent la prise en compte du genre en santé, notamment la minimisation des douleurs déclarées par les femmes et les violences gynécologiques et obstétricales (Rolland, El Khoury, 2023, p.364). En effet, il est important de rappeler que le corps médical peut être reproducteur des inégalités de genre présentes dans la société. Les violences et les comportements sexistes ou discriminants perpétrés par certain.e.s professionnel.le.s de santé sont révélateurs de leurs représentations sexistes et inégalitaires qui impactent leur pratique professionnelle. De plus, Christine Rolland et Fabienne El Khoury abordent la difficulté d'accès aux soins spécifiques pour les femmes victimes de violences, et malgré leurs « effets avérés sur la santé mentale et physique, les questions sur ce sujet ne sont toujours pas incluses de manière systématique dans la recherche épidémiologique ou dans le design des interventions en santé publique » (2023, p.364). Dans le cas des violences conjugales en tant que contrôle coercitif, Andreea Gruev-Vintila affirme que les stéréotypes, les préjugés et les représentations qu'ont les professionnel.le.s de santé rentrent en jeu dans leur approche de femmes victimes de violences conjugales, sachant qu'ils sont en mesure de constater les violences subies et d'intervenir en tant que tiers professionnels (p.31).

> La question des représentations de la violence joue un rôle majeur dans la compréhension de la persistance des violences conjugales et dans la responsabilité des tiers : « Les représentations sociales sont des catégories fondamentales de la

[4] Disponible en ligne : https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/rapport-prendre-en-compte-le-sexe-et-le-genre-pour-mieux-soigner-un-enjeu-de-sante-publique

> sociabilité […]. Elles sont collectivement construites par la communication et l'agir social. Leur contenu est intimement lié aux rapports sociaux […]. Elles servent de guide pour l'action, ou l'inaction : pour les tiers (entourage, professionnel, société), pour l'auteur, pour la victime. » (Gruev-Vintila, 2023, p.32).

Selon Andreea Gruev-Vintila, les représentations que la société et les professionnel.le.s se font de la violence conjugale sont psychologisantes et séparées du contexte de domination masculine dans laquelle elles s'inscrivent, ceci rend alors difficile la reconnaissance des violences, dans laquelle « le rôle des tiers est décisif » (2023, p.38). Ainsi, les représentations des professionnel.le.s de santé et leur prise en compte des logiques de genre, influencent leurs pratiques et leur prise de conscience de la place que prennent les inégalités de genre et le sexisme dans la santé des personnes.

Afin de conclure cette seconde partie théorique, il est possible de constater les conséquences des expressions du sexisme et des inégalités de genre dans la sphère domestique sur la santé biopsychosociale des femmes. Ces conséquences sur la santé ont avant tout été observées et analysées dans le cas d'expressions violentes du sexisme, comme le contrôle coercitif et les violences sexuelles. Or, ces effets sur la santé ont été beaucoup moins envisagés dans le cas du sexisme qualifié d'« ordinaire », des rôles genrés attribués aux femmes et des expressions non violentes du sexisme et des inégalités de genre vécues dans la sphère domestique. Les médecins, en tant que groupe professionnel socialement situé, disposent d'un pouvoir de qualification des problèmes de santé, qui peut influencer la manière dont ces conséquences sont reconnues comme relevant ou non du champ médical. Par ailleurs, le rôle des médecins dans l'identification et la prise en charge des conséquences sanitaires liées à la vie domestique et aux expressions non violentes du sexisme semble encore très peu exploré par les recherches en sciences humaines et médicales. Les apports théoriques ont toutefois montré que les professionnel.le.s de santé, et notamment les médecins, peuvent s'emparer d'un rôle de repérage et de prise en charge des femmes victimes de violences. Or, selon la littérature, leurs représentations ont une influence sur leur disposition à prendre en compte le genre dans leur pratique et à s'emparer de ce rôle.

Ainsi, les apports théoriques ont permis d'aborder les conséquences du sexisme et des inégalités de genre dans la sphère domestique sur la santé des femmes, qui découlent directement d'une structure sociale inégalitaire régie par des rapports de domination entre les femmes et les hommes. Ces effets sur la santé ne sont que peu décrits par la littérature scientifique, qui se réfère majoritairement aux conséquences des violences sexistes et sexuelles. De plus, on constate un manque de formation des

professionnel.le.s de santé à ce sujet, ainsi qu'un manque de formation concernant la prise en compte du genre en tant que déterminant social de santé. Selon la littérature, les représentations des professionnel.le.s de santé jouent un rôle majeur dans leur sensibilisation et leur prise de conscience au sujet des effets du sexisme et des inégalités de genre dans la sphère domestique sur la santé des femmes. Ce travail de recherche propose alors d'alimenter une réflexion autour de la problématique suivante : dans quelle mesure les discours des médecins sur les effets des inégalités de genre vécues dans la sphère domestique sur la santé des femmes révèlent-ils une prise de conscience professionnelle ?

II - Démarche méthodologique

1. Méthode de recherche

Ce mémoire s'inscrit dans une démarche qualitative, articulant un travail de recherche théorique issu des sciences humaines et médicales et une enquête de terrain fondée sur des entretiens semi-directifs. Le choix de ce sujet de mémoire résulte du constat que les effets du sexisme et des inégalités de genre sur la santé des individus - et plus particulièrement sur celle des femmes - restent encore peu abordés, aussi bien dans les débats publics que dans la littérature scientifique. Les inégalités de genre sont majoritairement envisagées sous l'angle de l'injustice sociale, des rapports de domination ou du caractère inégalitaire des rôles attribués aux femmes et aux hommes. En revanche, leurs conséquences concrètes sur le bien-être et la santé globale demeurent relativement peu explorées, à l'exception de certaines notions davantage médiatisées comme la charge mentale. Il a ainsi semblé pertinent d'interroger cette question à travers le regard des professionnel.le.s considéré.e.s comme expert.e.s de la santé des individus : les médecins.

Dans un premier temps, un travail de revue de littérature a été mené afin de construire le cadre théorique de la recherche et de définir les principaux concepts mobilisés dans l'analyse. Les recherches bibliographiques ont principalement été réalisées à partir de la plateforme Cairn.info, mais également à travers différents ouvrages et articles issus des champs sociologiques, anthropologiques, psychologiques, féministes et médicaux. Les apports théoriques relatifs aux inégalités de genre ont pu être identifiés relativement facilement, notamment concernant des notions telles que la hiérarchisation des sexes, les rapports sociaux de sexe ou encore les violences conjugales et le contrôle

coercitif. En revanche, il a été plus difficile de trouver des travaux portant spécifiquement sur les effets des inégalités de genre et du sexisme sur la santé des individus, et plus particulièrement sur celle des femmes. La littérature scientifique traite majoritairement des conséquences des violences sexistes et sexuelles sur la santé physique et mentale, tandis que les effets plus diffus d'un sexisme dit "ordinaire" ou des inégalités de genre dans la sphère domestique restent relativement peu étudiés, aussi bien dans les sciences humaines que dans les sciences médicales. Par ailleurs, très peu de recherches s'intéressent directement aux représentations et aux perceptions des médecins concernant ces enjeux. Cette difficulté d'accès à des sources théoriques précises a constitué une limite dans un premier temps, mais elle a également mis en évidence le caractère encore peu exploré de cette question dans la recherche scientifique. Ce constat a ainsi renforcé l'intérêt et la pertinence de mener ce travail de mémoire, dans une perspective visant à contribuer modestement à un champ de réflexion encore peu investi.

La méthode de recherche utilisée pour ce travail de mémoire correspond à une démarche qualitative, par le biais de la réalisation d'entretiens semi-directifs avec les médecins interrogé.e.s. Le choix d'une méthode qualitative est justifiée par l'intérêt porté sur les représentations des médecins. En effet, on s'intéresse dans ce travail aux différentes manières de se représenter et de percevoir les conséquences des inégalités de genre sur la santé des femmes : il est donc essentiel d'échanger avec les médecins de vive voix à propos de leurs réflexions, leurs vécus, leurs prises de conscience, leurs constats et leurs pratiques. La méthode qualitative permet de saisir le point de vue des personnes et donne accès au sens que les médecins attribuent à leurs observations quotidiennes, à leurs apprentissages et à leurs pratiques professionnelles. La méthodologie de l'entretien permet ainsi d'objectiver des expériences parfois disparates, peu formalisées ou peu réfléchies par les médecins interrogé.e.s. Elle permet de faire émerger des éléments qui peuvent être présents dans leur pratique, sans être nécessairement identifiés, nommés ou pleinement intégrés comme tels dans leur exercice professionnel. Par ailleurs, le choix des entretiens semi-directifs permet de cadrer les échanges, tout en laissant une certaine liberté aux personnes interrogé.e.s de sortir de ce cadre. La grille d'entretiens a effectivement permis d'avoir un socle commun de thèmes à aborder (charge domestique, formation initiale, violences de genre, etc.), tout en laissant la possibilité de faire émerger de nouvelles pistes d'analyse. Pour ce mémoire, la réalisation d'entretiens semi-directifs a été pensée comme permettant de favoriser l'interaction humaine et d'explorer en profondeur les discours, tout en observant les réactions, les nuances et les possibles contradictions au cours des entretiens. L'intégration de verbatims relativement longs et riches permet de rendre compte plus précisément de la complexité des discours

recueillis, sans réduire les propos des médecins interrogé.e.s à une simple idée générale. Ils permettent ainsi de mieux saisir la manière dont ielles formulent, développent et construisent leur réflexion autour des enjeux abordés.

La population interrogée est composée de médecins en activité, d'une médecin retraitée et d'un interne en médecine. Ces personnes exercent la médecine générale ou sont spécialistes (oncologie, pédiatrie, gynécologie, etc). Les médecins, qu'ielles soient en activité ou retraité.e.s, sont titulaires du diplôme d'État de docteur en médecine. L'exercice de la médecine est encadré par la Partie IV du Code de la santé publique, notamment les articles L4111-1 et L4131-1, qui conditionnent l'exercice à la détention du diplôme requis et à l'inscription au tableau de l'Ordre des médecins. Les internes en médecine sont des praticien.ne.s en formation spécialisée relevant du troisième cycle des études médicales : l'internat est la dernière étape avant de devenir médecin titulaire. Ielles exercent des fonctions médicales dans un cadre réglementé, sous supervision d'un.e médecin titulaire du diplôme d'État de docteur en médecine. Dans le cadre de cette recherche, le choix des personnes interrogées s'est porté vers des médecins exerçant dans des spécialités impliquant un contact direct et relativement approfondi avec les patient.e.s. Les spécialités caractérisées par une pratique plus technique ou moins centrée sur l'interaction directe avec les patient.e.s (comme la radiologie ou la dermatologie) n'ont pas été retenues. Il a été choisi de privilégier des professionnel.le.s confronté.e.s à des situations de soin impliquant des échanges, une écoute et une prise en compte plus globale des patient.e.s. Ce choix a été motivé par l'objectif initial de recueillir des discours fondés sur une expérience clinique intégrant une dimension relationnelle forte. Ce type de professionnel.l.e est envisagé comme plus susceptibles d'accéder à la vie privée des patient.e.s, d'observer des constats sur la durée, ou encore de développer une réflexion sur les tendances et les dynamiques observables chez leurs patient.e.s. L'échantillon se compose de 7 médecins aux profils variés :

- Une oncologue de 31 ans ;
- Une gynécologue retraitée de 65 ans,
- Une pédiatre de 45 ans ;
- Un médecin généraliste de 38 ans ;
- Un interne en médecine générale de 25 ans ;
- Un médecin urgentiste de 36 ans ;
- Une psychiatre de 33 ans.

La diversité de cet échantillon de personnes permet de croiser des regards issus de contextes d'exercice différents, tout en conservant comme point commun une pratique médicale centrée sur la relation avec le patient. Les professionnel.e.s interrogé.e.s exercent majoritairement dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Deux

exceptions sont toutefois à noter : l'interne en médecine générale, qui effectue sa formation à Angers, et la pédiatre qui exerce à Rennes. Cette répartition géographique ne résulte pas d'un choix méthodologique particulier - hormis le fait que l'ensemble des participant.e.s exerce en France - mais s'explique principalement par des considérations pratiques et par la facilité d'accès aux personnes interrogées. Le recrutement s'est ainsi appuyé sur les possibilités de contact et de disponibilité des participant.e.s, davantage que sur une volonté de comparer différents contextes territoriaux d'exercice médical. Il a toutefois été choisi en amont de constituer un échantillon présentant une répartition relativement équilibrée entre femmes et hommes, ainsi qu'une diversité d'âges et de statuts professionnels (médecin en activité, interne ou retraité.e). L'intégration de praticien.n.es des deux sexes vise à examiner dans quelle mesure cela peut influencer les perceptions, les pratiques et les sensibilités aux enjeux étudiés, notamment en matière de sexisme et d'inégalités. La diversité des générations et des statuts permet quant à elle d'analyser les effets des trajectoires de formation et des évolutions du contexte médical sur les représentations et les pratiques professionnelles.

La prise de contact avec chacune de ces personnes a été facilitée grâce à un réseau familial évoluant dans le milieu médical. L'ensemble des personnes interrogées a été contacté par écrit, et la planification des entretiens a pu être réalisée de manière aisée. La prise de contact par un réseau proche a présenté des avantages qui ont permis la réalisation d'entretiens particulièrement riches ; notamment grâce à la confiance accordée par les personnes interrogées, au tutoiement, à la proximité et à la liberté de parole qui ont amené les personnes à se confier facilement. Ce mode de recrutement introduit toutefois un biais de sélection, car certain.e.s participant.e.s ont été recommandé.e.s en raison de leur sensibilité aux questions d'inégalités de genre. Dès lors, l'échantillon ne peut être considéré comme pleinement représentatif ni totalement neutre : le recours à un réseau proche restreint la diversité des profils interrogés, dans la mesure où les participant.e.s appartiennent à des cercles sociaux relativement homogènes. Par ailleurs, la position de proximité avec les participant.e.s nécessite d'être interrogée dans un processus d'auto-réflexivité, car ce type de recrutement présente en effet des limites vis-à-vis des échanges et de l'analyse des entretiens. En effet, la proximité peut introduire un biais dans les réponses des participant.e.s, qui, de manière consciente ou non, peuvent adapter leur discours en fonction de ce qu'ielles perçoivent comme attendu, notamment sur des sujets sensibles comme les inégalités de genre. La familiarité peut également influencer la posture du/de la chercheur.euse, en rendant plus difficile le maintien d'une distance analytique. Dans le cadre de ce travail de recherche, des difficultés ont été ressenties dans le fait de connaître personnellement certain.e.s participant.e.s et/ou d'avoir des connaissances communes. Une forme d'implication

affective a effectivement influencé la manière de conduire les entretiens : certaines incohérences n'ont pas été questionnées et certains points sensibles n'ont pas fait l'objet de relance, notamment autour des représentations du terme de genre. Cette proximité nécessite donc un effort réflexif accru afin de maintenir une posture la plus rigoureuse et distanciée possible dans l'analyse des discours recueillis.

En amont de la réalisation des entretiens, la construction de la grille d'entretien a constitué une étape importante du travail méthodologique. Celle-ci a été retravaillée à plusieurs reprises afin de privilégier une approche la plus ouverte possible, centrée sur les expériences, les pratiques professionnelles et les points de vue des médecins interrogé.e.s. Une attention particulière a été portée à la formulation des questions afin de limiter au maximum les biais d'orientation et de ne pas suggérer de réponses attendues. Dans cette perspective, le choix des termes employés dans la grille d'entretien a également fait l'objet d'une réflexion. Certains concepts jugés plus chargés politiquement ou socialement, tels que "genre" ou "sexisme", ont volontairement été peu mobilisés. Des formulations plus ouvertes et plus accessibles, comme "inégalités femmes-hommes" ou "différences entre les femmes et les hommes", ont été privilégiées afin de ne pas orienter les réponses, de limiter les réactions de défense ou de gêne, et de permettre aux participant.e.s de développer leurs propres représentations sans être influencé.e.s par un vocabulaire pouvant être perçu comme connoté. Les premières questions portaient sur le parcours professionnel et la présentation des personnes interrogées : cette entrée descriptive avait pour objectif d'instaurer un climat d'échange et de situer les discours dans des trajectoires professionnelles et personnelles spécifiques. L'entretien visait ensuite à interroger les représentations des participant.e.s concernant l'impact des inégalités de genre et du sexisme vécus dans la sphère domestique sur la santé des femmes. Dans cette perspective, la grille d'entretien a été construite autour de six grandes thématiques. La première concernait les différences femmes-hommes vis-à-vis de la santé, afin d'aborder les tendances, constats ou différences que les médecins avaient pu observer au cours de leur pratique. La deuxième portait plus largement sur les inégalités femmes-hommes et permettait d'explorer leurs convictions personnelles, leur niveau de sensibilisation ainsi que leur rapport professionnel à ces questions. Une troisième thématique était consacrée à la vie domestique, à la charge mentale et à leurs effets possibles sur la santé, dans le but de comprendre si les médecins identifiaient ces problématiques dans leur pratique et si ielles se permettaient d'aborder ces sujets avec leurs patient.e.s. La quatrième thématique concernait les violences conjugales, afin d'interroger leurs observations, leurs manières de réagir face à des situations de violences, ainsi que les dispositifs ou professionnel.le.s vers lesquels les patient.e.s pouvaient être orienté.e.s. La cinquième partie de l'entretien portait sur la formation et la sensibilisation

aux inégalités femmes-hommes et aux violences sexistes et sexuelles : elle visait à évaluer la place de ces sujets dans la formation initiale et continue des médecins, mais également à identifier les éventuelles démarches personnelles de formation, de lecture ou de sensibilisation entreprises par les participant.e.s. Enfin, la dernière thématique abordait le genre comme déterminant social de santé. Cette partie avait pour objectif d'identifier dans quelle mesure cette approche, préconisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), pouvait être intégrée ou mobilisée dans la pratique médicale quotidienne des personnes interrogées. Il a été précisé à chaque début d'entretiens que les questions posées correspondaient à une trame dont on pouvait dévier au cours des échanges. Les personnes ont été invitées à aborder des aspects qui n'avaient pas été anticipés si elles le souhaitaient, ce qui a pu faire émerger de nouveaux thèmes et de nouvelles pistes d'analyse. Cette trame a été particulièrement efficace pour la réalisation des entretiens ; les thèmes étaient souvent abordés naturellement dans cet ordre par les participant.e.s, ce qui permettait de se détacher du guide d'entretien et de se concentrer sur les échanges.

Les deux premiers entretiens ont eu lieu au cours de la phase exploratoire de ce travail de recherche en mars 2025, et les cinq autres ont eu lieu entre janvier et avril 2026. Ils ont été réalisés en visio-conférence enregistrée sur la plateforme Zoom et ont tous duré 45 minutes environ. La retranscription a été réalisée avec le logiciel Gladia, qui a permis de retranscrire mot pour mot les échanges tout en intégrant les moments de silence et d'hésitation. En amont de chacun des entretiens, les personnes ont été informées des conditions de réalisation de la recherche et des garanties éthiques associées. Il leur a été précisé que leur anonymat serait assuré par l'usage de prénoms d'emprunt dans le rendu final du mémoire. Leur consentement libre et éclairé à l'enregistrement a été recueilli préalablement, et ielles ont été informé.e.s de leur droit d'interrompre l'entretien ou de demander l'arrêt de l'enregistrement à tout moment. Une attention particulière a ainsi été portée au respect de la confidentialité, de la vie privée et de la parole des personnes interrogées. Par ailleurs, la durée des entretiens initialement fixée à 45 minutes environ a été respectée et chacun des thèmes a pu être abordée sur le temps imparti. L'ensemble des entretiens s'est déroulé de manière fluide, et les personnes interrogées semblaient globalement à l'aise avec l'exercice. Une forme d'inconfort ou d'hésitation a toutefois davantage émergé en fin d'entretien, au moment de l'abord plus explicite de la notion de genre - aspect qui sera développé et analysé dans la suite de ce travail.

Enfin, l'analyse des entretiens s'est déroulée en plusieurs étapes. Dans un premier temps, chaque entretien a été retranscrit de manière détaillée, en veillant à conserver les éléments du discours tels que les silences, les hésitations ou les reformulations, afin de préserver au mieux la richesse des propos recueillis. Dans un second temps, une relecture

attentive des retranscriptions a été effectuée afin d'identifier les passages les plus significatifs au regard du sujet. Ces extraits ont été mis en évidence pour faciliter leur mobilisation dans l'analyse. Les entretiens ont ensuite été mis en perspective les uns avec les autres, dans une logique comparative. Il était question d'identifier les points de convergence, de divergence ou de complémentarité entre les discours des participant.e.s : cette étape a permis de dégager des tendances générales tout en prenant en compte la diversité des points de vue. Les extraits sélectionnés ont enfin été regroupés en trois grands axes structurant l'analyse : 1) Les observations formulées par les médecins interrogé.e.s ; 2) La formation initiale et la sensibilisation professionnelle et personnelle des médecins ; 3) L'identification par les médecins de leur rôle et de leur capacité d'agir dans leur pratique.

Ainsi, la méthodologie mise en œuvre dans le cadre de ce travail repose sur une démarche qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs. Cette méthodologie a permis d'offrir un cadre propice aux échanges et a donné lieu à des discours riches et situés de la part des participant.e.s. Leurs représentations, leurs observations et leurs réflexions vis-à-vis de leurs patientèles et de leurs pratiques professionnelles ont pu être approfondies, notamment grâce à la liberté apportée par le guide d'entretien. Malgré certaines limites, notamment liées au mode de recrutement par un réseau familial, les choix méthodologiques ont permis de recueillir des données pertinentes au regard du sujet. Enfin, l'analyse transversale des entretiens - avec une vigilance portée sur la distance analytique - permet d'organiser et d'interpréter les données recueillies, en mettant en évidence les représentations qui structurent les discours des médecins interrogé.e.s.

3. Tableau descriptif des médecins interrogé.e.s

Personne interrogée	Ophélia	Sophia	Nina
Âge	31 ans	65 ans	45 ans
Identité de genre	Femme	Femme	Femme
Statut professionnel	En activité	Retraitée	En activité
Spécialité médicale/ fonction exercée	Oncologue médicale	Gynécologue médicale retraitée	Pédiatre
Lieu(x) d'exercice	Institut Paoli-Calmettes à Marseille	- Hôpital public à Marseille - Cabinet libéral à Marseille	- Maternité - PMI (Protection Maternelle et Infantile) - Remplacements en pédiatrie libérale et urgences pédiatriques - Cabinet libéral rattaché à l'Institut de la parentalité de Rennes
Formation(s) et activité(s) complémentaire(s)	- DIU AJA (cancer chez l'adolescent et le jeune adulte)	- Missions humanitaires gynécologiques - Ancienne présidente du Collège de Gynécologie Médicale de Marseille-Provence	- Co-fondatrice de l'Institut de la parentalité de Rennes - DU parentalité, - DU attachement - DU allaitement, - DU médecine préventive -Formations en communication non-violente (CNV) - Formation Montessori
Engagement / sensibilisation aux inégalités femmes/ hommes	Engagement non-mentionné et sensibilisation peu marquée	Engagement professionnel marqué	Engagement professionnel et sensibilisation très explicites

Personne interrogée	Théo	Gabriel	Samuel	Camille
Âge	38 ans	25 ans	36 ans	33 ans
Identité de genre	Homme	Homme	Homme	Femme
Statut professionnel	En activité	(Interne) en activité	En activité	En activité
Spécialité médicale/ fonction exercée	Médecin généraliste	Interne en médecine générale	Médecin urgentiste	Médecin psychiatre
Lieu(x) d'exercice	Cabinet libéral près d'Aix-en-Provence	Stages au centre de santé gynécologique Maison Olympe à Angers, et en cabinets libéraux de médecine générale	Urgences de l'Hôpital de la Timone à Marseille	Centre hospitalier spécialisé de Valvert à Marseille
Formation(s) et activité(s) complémentaire(s)	- Option sur les violences faites aux femmes durant les études de médecine - Journées de formations sur les inégalités femmes/ hommes - Engagement dans une CPTS (Communauté Pluriprofessionnelle Territoriale de Santé) avec axes de travail sur la santé des femmes	Absence de formation complémentaire	- DU échographie - DU ventilation - DU urgences et transports pédiatriques - DU réanimation métabolique	Absence de formation complémentaire
Engagement / sensibilisations aux inégalités femmes/ hommes	Engagement professionnel et sensibilisation très explicites	Engagement non-mentionné, mais sensibilisation exprimée	Engagement non-mentionné et sensibilisation peu marquée	Engagement non-mentionné et sensibilisation peu marquée

III - Analyse des entretiens

Afin d'analyser les différents entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire, il est nécessaire de rappeler les trois objectifs auxquels souhaitent répondre ce travail de recherche :

- Savoir si les médecins interrogé.e.s identifient, dans leur pratique, les effets des inégalités de genre et du sexisme au sein de la sphère domestique sur la santé des femmes. Les entretiens semi-directifs ont pour finalité de recueillir les constats, les observations et les réflexions des professionnel.le.s - concernant notamment les rôles genrés, la division genrée du travail domestique, les rapports de domination et les violences sexistes et conjugales, ainsi que leurs potentiels effets sur la santé des femmes qui les subissent. Cela permet de constater la manière dont les médecins identifient les conséquences de ces situations sur la santé de leurs patientes, et d'évaluer si cette identification constitue déjà une première forme de prise de conscience.

- Constater la formation des médecins interrogé.e.s au sujet de l'impact des inégalités de genre au sein de la sphère domestique sur la santé des femmes. Il est question d'évaluer la place de ces enjeux dans leur cursus universitaire, ainsi que la manière dont ielles réagissent et s'adaptent en cas de manque ou d'absence de formation. Ceci a pour but de questionner leur sensibilisation et leur prise de conscience professionnelle, et de savoir si ielles entreprennent une démarche autonome de formation, d'information ou de réflexion sur ces sujets.

- Aborder la manière dont les médecins interrogé.e.s identifient leur rôle et leur capacité d'agir dans leur pratique, notamment dans une éventuelle démarche de repérage et d'accompagnement auprès de leurs patientes. Il s'agit de comprendre dans quelle mesure ielles prennent conscience de la place qu'ielles peuvent occuper face aux effets des inégalités de genre sur la santé des femmes. Cet objectif vise également à questionner les méthodes, outils, ressources et approches qu'ielles mobilisent, adaptent ou développent potentiellement dans leur pratique, en réponse aux observations qu'ielles formulent.

Ces trois objectifs ont permis de guider et de structurer l'analyse des entretiens, avec pour fil conducteur la manière dont se construit la prise de conscience des médecins interrogé.e.s. Les trois grandes parties de l'analyse correspondent ainsi aux trois axes principaux de cette recherche : l'identification des effets sur la santé ; la formation et la sensibilisation ; le rôle et la capacité d'agir en tant que médecin. Avant d'aborder ces trois axes, il sera d'abord question de situer les discours des médecins interrogé.e.s à partir

de leurs propos concernant les inégalités de genre qui traversent le milieu médical lui-même. Cette première mise en contexte permettra de montrer que les médecins s'expriment depuis un espace professionnel qui n'est pas extérieur aux rapports de genre, mais qui en est également traversé. L'analyse se conclura enfin par un bilan de ce que les entretiens ont apporté à cette recherche, en mettant en lien les principaux résultats issus du terrain avec les apports théoriques précédemment abordés.

1. Situer les discours : le monde médical comme espace traversé par les inégalités de genre

Avant d'analyser la manière dont les médecins interrogé.e.s perçoivent les effets des inégalités de genre vécues dans la sphère domestique sur la santé des femmes, il semble nécessaire de situer les discours recueillis. En effet, les médecins ne parlent pas depuis une position entièrement neutre ou extérieure aux rapports sociaux de genre : ielles s'inscrivent elleux-mêmes dans un espace professionnel traversé par des hiérarchies, des normes et des expériences genrées. Trois médecins interrogé.e.s ont par ailleurs spontanément parlé du sexisme au sein du corps médical lorsque le sujet des inégalités entre les femmes et les hommes a été abordé. Nina, pédiatre de 45 ans, et Camille, psychiatre de 33 ans, confirment l'existence de harcèlement, de sexisme, de discriminations, voir de violences faites aux femmes durant les études de médecine et leur carrière. Camille témoigne d'un environnement « misogyne » à l'hôpital, dont elle n'a pas personnellement souffert, mais qu'elle a pu largement constater. L'interne en médecine générale Gabriel a de même évoqué le sexisme vécu par certaines de ses collègues, en insistant sur l'aspect « conservateur » du monde médical : « Je pense que la médecine est une vieille école... Et que les changements qui ont lieu dans la société mettent plus de temps à se répercuter sur le milieu médical ». Les propos de Samuel s'opposent à ces constats, et appuient davantage sur le sexisme perpétré par les patient.e.s à l'encontre du corps médical :

> Nous, dans le corps des médecins, les femmes, je trouve qu'elles sont aussi bien respectées que les hommes. […] En termes d'inégalités entre médecins, […] nous, il n'y en a pas. Parce que, déjà, il y a plus en plus de femmes en médecine, c'est quand même 70 % versus 30 %, ou un peu moins. […] On n'est pas sensibilisés, peut-être, parce qu'on ne le vit pas directement. Après, je ne sais pas, peut-être que mes collègues voient les choses autrement. […] Après, le sexisme des patients sur les soignants, oui, ça, on le voit tout le temps. […] J'ai l'impression qu'en tout cas, tous mes collègues également, ils traitent de la même façon que soit un homme ou une femme. Là, en soi, le sexe, on ne se rend pas trop en compte.

Samuel, 36 ans, médecin urgentiste.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) a mené une vaste enquête en 2024 sur les violences sexistes et sexuelles (VSS) dans le milieu médical avec 21 040 médecins répondant.e.s. D'après cette enquête, 54 % des médecins ont eu connaissance de VSS commises par un médecin, et 49 % des médecins femmes ont été victimes de VSS commises par un autre médecin (p.10 & 14). Concernant les manifestations de sexisme de la part des professionnel.le.s de santé envers les patient.e.s, Nina a abordé le poids de représentations, des « croyances » et des « préjugés » que les médecins peuvent avoir vis-à-vis de leurs patient.e.s et qui participent à une prise en charge inégalitaire :

> […] Sur la prise en charge de la douleur, par exemple, Il y a non seulement des fois une inégalité genrée, mais aussi en fonction de la couleur de peau. Par exemple, sur l'allaitement, Moi, j'ai beaucoup eu, pendant l'accouchement « Elle est black, elle n'a pas mal », […] ou « Comme elle est black, elle n'a pas de crevasses, elle n'a pas mal au sein. » […] C'est des représentations. […] On sait que les personnes qui sont les moins bien soignées, c'est les femmes noires pendant l'accouchement et le postpartum. Ça, c'est des, comment on appelle, ça, pas des prérequis, mais des préjugés négatifs. C'est des croyances. […] J'ai écouté des émissions où ils disaient l'endométriose, par exemple, ça a été sous-diagnostiqué pendant des années, parce que c'est une médecine d'hommes. Et donc, selon eux c'est normal, les femmes elles se plaignent, elles sont un peu chochottes, et c'est normal qu'elles aient mal pendant les règles. Non, ce n'est pas normal que pendant trois jours, tu es clouée, au lit. Donc l'endométriose, elle n'a été travaillée que depuis cinq ans, six ans, sept ans. C'est un truc de fou. Pareil, l'ostéoporose chez l'homme, ça existe chez l'homme. L'ostéoporose, c'est sous-diagnostiqué chez les hommes, parce qu'il n'y a que les femmes qui se cassent les os. On a des espèces de stéréotypes et de représentations ! Mais en fait, c'est pour dire les espèces de préjugés, de reco[mmandations] à deux balles qu'on a.
> **Nina, 45 ans, pédiatre.**

Selon une enquête de la Fédération Hospitalière de France, 51 % des femmes interrogées déclarent que leurs symptômes ont déjà été minimisés ou non pris au sérieux par un professionnel de santé parce qu'elles sont des femmes (2025, p.1). Le Haut Conseil à l'Égalité (HCE) documente aussi des actes sexistes dans le suivi gynécologique et obstétrical, incluant des remarques sexistes, des actes sans consentement, voir des violences sexuelles (2018, p.3). Le HCE rapporte notamment que 3,4 % des plaintes disciplinaires déposées à l'Ordre des médecins en 2016 concernaient des agressions sexuelles ou viols commis par des médecins (p.4). Les propos de Nina, Camille, Samuel et Gabriel mettent en évidence une perception différenciée du sexisme dans le milieu médical : ces divergences rappellent que l'identification des faits sexistes dépend aussi

de la position sociale, professionnelle et subjective des personnes. Pour autant, le monde médical reste traversé, comme d'autres espaces sociaux, par des inégalités de genre et par des rapports de domination entre médecins, entre médecins et étudiant.e.s, ainsi qu'entre médecins et patient.e.s. Il semble important de rappeler que les représentations des médecins concernant les effets des inégalités de genre et du sexisme sur la santé ne peuvent être dissociées des rapports sociaux de genre qui traversent le monde médical lui-même. Ces représentations se construisent à partir de leurs vécus, de leurs expériences personnelles et professionnelles, mais aussi de leur capacité à percevoir, reconnaître et interpréter les inégalités présentes dans leur environnement de travail, dont ielles peuvent aussi être responsables. Ainsi, la manière dont les médecins appréhendent les inégalités de genre dépend à la fois de leur position dans l'espace médical et des rapports de force auxquels ielles sont confronté.e.s ou participent.

2. Des effets sur la santé largement identifiés : première étape d'une prise de conscience professionnelle

Chacune des personnes interrogées dans le cadre de ce travail de recherche a fait part de nombreuses observations quant aux conséquences du sexisme et des inégalités de genre vécus au sein de la sphère domestique sur la santé des femmes. Les récits des médecins interrogé.e.s ont principalement démontré les conséquences des rôles domestiques genrés attribués aux femmes, ainsi que les effets durables des violences conjugales sur la santé globale.

2.1 RÔLES GENRÉS ET CHARGE MENTALE : ENTRE SOIN AUX AUTRES ET OUBLI DE SOI

Un des points majeurs abordés spontanément dans la majorité des entretiens correspond aux soins que les femmes apportent aux membres de leurs familles et à leurs proches, en particulier lorsqu'il s'agit de leur santé. Le soin aux autres - qui s'apparente à l'éthique du *care* abordée précédemment - est envisagé par les médecins interrogés comme un rôle majoritairement endossé par les femmes qui se manifeste lors des consultations médicales. Ophélia, oncologue médicale à l'Institut Paoli-Calmettes (IPC) de Marseille, affirme que la majorité de ses patients sont accompagnés par une femme, qui peut être leur conjointe, mais aussi leur ex-conjointe ou encore leur mère. Elle explique que la personne de confiance qui est choisie pour accompagner le ou la patient.e et prendre des décisions importantes est très rarement un homme, et que ses patientes sont

davantage accompagnées d'une amie, d'une voisine, d'une sœur ou d'une mère que de leur conjoint. En racontant des exemples précis, elle décrit comment le rôle des femmes qui accompagnaient leurs conjoints souffrant d'un cancer était très contraignant ; notamment dans un cas précis où la conjointe de son patient avait elle aussi un cancer, et faisait passer la santé de son conjoint avant la sienne. Ophélia remarque un « dévouement de la part des femmes » envers leurs conjoints malades, avec selon elle « une façon spécifique de s'occuper de l'autre et de donner son temps, et de donner ses moyens à l'autre ». Cette oncologue affirme aussi que certaines patientes, bien qu'elles soient atteintes d'un cancer, sont les aidantes de proches, notamment de parents ou beaux-parents âgés. Elle témoigne d'un épuisement chez beaucoup de femmes, patientes ou accompagnante, qui endossent la responsabilité du bien-être et de la santé de leurs proches.

> C'est un peu comme ça avec les pédiatres, toujours les mamans qui connaissent tout sur leur enfant et le papa sait rien. Là les patients en oncologie, ils ont beaucoup de médicaments, et quand c'est des hommes, ils ne connaissent jamais leurs médicaments. C'est toujours leurs femmes qui les connaissent, ils se tournent vers leur femme et leur demande. Je te dis les médicaments, mais il n'y a pas que ça. Par exemple, je leur disais « Est-ce que vous êtes constipés ? » et ils se tournent vers leur femme pour savoir quand est-ce qu'ils sont allés aux toilettes. Et ça, je trouve ça terrible, mais c'est vraiment vrai et courant. […] Ça me fait penser à un autre truc, d'ailleurs. Tu sais, souvent, les patients vieux, papotent et tout, ils disent « Ah oui, ça fait 50 ans que je suis marié. ». Je leur dis « Ah oui, c'est quoi votre secret ? ». Et j'en ai plusieurs qui m'ont dit « C'est prendre une femme plus jeune ». Donc je leur demande pourquoi ! (rire) Et ils nous disent « Parce que comme ça, dès que vous avez des problèmes de santé, elle peut s'occuper de vous ! »
> **Ophélia, 31 ans, oncologue médicale.**

Théo, médecin généraliste, aborde lui aussi spontanément cette responsabilisation des femmes vis-à-vis de la santé d'autres adultes, selon lui « s'il n'y a pas une femme dans leur entourage, une mère, une conjointe, une copine, une sœur, une amie, une cousine, qui leur dit « tu devrais aller consulter », c'est rare qu'ils consultent ». Gabriel, interne en médecine générale, témoigne d'une façon chez ses patients de se « laisser porter » et de se reposer sur leurs conjointes qui sont plus attentives aux questions de santé, en particulier chez les couples de personnes âgées : « C'est beaucoup, en fait, Madame, qui se souvient de tel examen, qui se souvient qu'ils sont allés ici, qu'ils ont vu tel spécialiste. Et c'est vrai qu'en termes de charge mentale, oui, je pense que majoritairement, elle repose sur la femme. »

En ce qui concerne la part de responsabilité des parents dans le parcours de soin de leurs enfants, il est catégorique pour les médecins interrogé.e.s qu'au sein des couples hétérosexuels, ce sont les mères qui prennent majoritairement en charge la santé des enfants, bien qu'il y ait des avancées récentes concernant l'implication des pères.

Il y a aussi une différence dans la charge mentale du foyer et les consultations de pédiatrie, et de suivi des enfants qui sont principalement portés par les femmes. […] globalement, la charge mentale, en général, est beaucoup plus portée par les femmes que par les hommes sur la santé des enfants.
Théo, 38 ans, médecin généraliste.

[Aux urgences] il n'y a qu'un seul parent qui arrive en premier, ou ils s'alternent. Et souvent, c'est la mère qui reste. Ça se voit tout de suite et ça ne surprend personne, surtout. Le fait que déjà, ce soit la mère qui arrive en premier ou que ce soit la mère qui reste, c'est anodin.
Samuel, 36 ans, médecin urgentiste.

Je pense que ça l'est peut-être moins avec les plus jeunes générations, même si ça persiste. Même dans d'autres cas, dans des consultations de pédiatrie, en tous les cas, quand les enfants viennent au cabinet, il y a de plus en plus, je trouve, papa et maman ou que papa, mais majoritairement, ça reste toujours maman. […] Je pense qu'aussi, selon les milieux, des fois, ça diffère un petit peu. Quand c'est déjà des milieux un petit peu plus précaires, je pense que c'est la femme qui... Qui a un peu plus cette charge et qui en sait un petit peu plus au sujet de son enfant.
Gabriel, 25 ans, interne en médecine générale.

Je trouve que c'est parce que la société, elle a aussi bougé. Je trouve qu'avec le congé paternité, avec le changement d'éducation aussi, […] j'ai l'impression de voir plus de papas quand même dans la salle d'attente qu'avant. Volontiers, ils viennent à deux. Tout seul, c'est beaucoup plus de femmes. En 5 ans, j'ai vu un papa tout seul pour l'instant. Alors que des mamans, toutes seules, j'en ai eu plein.
Nina, 45 ans, pédiatre.

Cette tendance chez les femmes à la sollicitude et à la responsabilisation vis-à-vis de la santé des autres, adultes comme enfants, démontre la persistance des rôles domestiques genrés que peuvent endosser les femmes et amène à se questionner sur les conséquences que cela peut engendrer sur leurs propres bien-être et santé. Ophélia et Samuel affirment tout deux que ce phénomène impacte largement la prise en charge des patientes et leur parcours de soins. Ophélia a indiqué lors de son entretien que les patientes avaient tendance à placer le bien-être et la santé de leur famille au premier plan, et à placer leur propre santé au second plan, bien qu'elles aient souvent un cancer grave. Selon elle, les patientes ne souhaitent pas abandonner leur place et leur rôle de mère de famille ; elles continuent alors la gestion de la majorité des tâches familiales et domestiques sans demander d'aide. Les patientes étant fatiguées par leur vie domestique, leur tolérance aux traitements pour leur cancer est ainsi affectée selon Ophélia, ce qui a un impact sur leur santé et leur rémission.

Une patiente ne voulait pas participer à un essai thérapeutique parce que ça faisait un peu plus de rendez-vous. Alors que c'était mieux pour elle et que c'était une

chance ! Mais il fallait qu'elle aille deux ou trois fois plus souvent à l'hôpital. C'est vrai que c'était contraignant, mais elle m'a dit que c'était pour son fils. Donc je lui demande « Mais il a quel âge votre fils ? », elle me répond « Il a seize ans, mais il a besoin de moi. » Ce genre de chose ça arrive très souvent.
Ophélia, 31 ans, oncologue médicale.

Samuel évoque de même une inquiétude prononcée chez les femmes pour la santé de leurs proches, qui entre en contradiction avec une faible vigilance pour leur propre santé :

Il n'y a pas photo, [la charge domestique] a un impact sur leur santé, parce qu'en fonction des responsabilités, de la charge mentale qu'elles s'imposent, elles vont être amenées à consulter plus ou moins vite, à se soigner plus ou moins bien. Par exemple, à ne pas vouloir rester hospitalisée, sachant que ça nécessiterait de la surveillance, par exemple. Ou à ne pas être venue assez tôt, alors qu'il y a un vrai problème médical. […] C'est vraiment dans la prise en charge de la patiente que ça a un impact.
Samuel, 36 ans, médecin urgentiste.

Ces témoignages démontrent un dévouement de la part de certaines femmes. Ils révèlent chez ces dernières un écart entre l'importance accordée au soin des autres et un oubli de soi en dépit de sa santé, ce qui résonne particulièrement avec l'éthique du *care* développée par Carol Gilligan.

Le terme de charge mentale a été spontanément abordé par chacune des personnes interrogées lorsque la vie domestique de leurs patientes a été questionnée. Les témoignages des médecins ont mis en lumière différentes facettes de cette charge qui repose majoritairement sur les femmes, et ont révélé les diverses conséquences sur la santé de ces dernières. Dans sa pratique de pédiatre, Nina observe chez ses patient.e.s que la charge domestique est essentiellement portée par les femmes et qu'elles « […] peuvent se sentir vraiment solo, même si elles sont en couple c'est comme si elles étaient seules […] car le papa, il aide sur ce qu'il peut quand il est là, mais c'est vraiment assez sporadique. » Cette pédiatre aborde aussi la charge de l'allaitement et explique les conditions difficiles de retour au travail après la naissance de l'enfant. Elle souligne la grande proportion de dépression post-partum chez les femmes, due à l'isolement, au manque de soutien, à la fatigue, ou encore à une prise en charge insuffisante. Selon Nina, ce type de dépression est sous-diagnostiqué et peut avoir un retentissement majeur sur leur santé globale : « C'est une des premières causes de mortalité après l'accouchement chez les femmes […] Ça touche toutes les couches de la société. » Nina met en lumière une souffrance psychique qui ne relève pas seulement de la vulnérabilité individuelle, mais aussi des conditions sociales dans lesquelles s'exerce la maternité. Quant à Gabriel, l'interne en médecine générale, il affirme que la charge mentale et le « surmenage »

chez les femmes peuvent provoquer le développement de certaines maladies qui « ne se seraient peut-être pas déclenchées aussi tôt chez certaines patientes. » Théo parle quant à lui d'une « plus grande prévalence des maladies psy chez les femmes », tendance explicable selon lui par les conditions de vie domestique. Dans sa pratique de gynécologue, Sophia explique que de nombreuses pathologies étaient en lien avec des « non-dits au domicile et la charge mentale », ainsi qu'un manque de temps pour prendre soin de sa santé. Ces trois médecins précisent tout de même une avancée récente dans le partage de la charge domestique, mais celle-ci reste encore dominante chez la femme au sein des couples hétérosexuels.

> Le fait d'avoir, en plus de son travail ou de ses obligations professionnelles, toujours une tâche de fond avec des choses à penser : avec qu'est-ce qu'on doit faire à manger aux enfants, quand aller chercher les enfants à l'école, qui va faire les courses, comment amener les enfants aux activités extra-scolaires, est-ce qu'ils vont bien, etc., c'est extrêmement énergivore, extrêmement anxiogène. […] Pour la majorité des gens, même s'ils ne vont pas forcément s'effondrer malgré tout ça et qu'ils vont arriver à le gérer, ça va quand même leur coûter en énergie et en capacité psychique. En tout cas, ça ne va pas leur libérer de l'espace pour autre chose. Du coup, en plus de ça, ils vont peut-être moins investir des activités de loisirs ou des choses qui seraient nécessaires pour être plus épanouis, plus apaisés. […] C'est certain que la charge mentale, ça influe sur l'état de santé psychique des gens.
> **Camille, 33 ans, médecin psychiatre.**

> Il y a des femmes, elles te disent quand elles sont hospitalisées qu'elles sont soulagées, elles sont mieux, elles sont reposées. Elles disent qu'enfin, elles n'ont pas besoin de faire les devoirs, la cuisine, les courses,… Et moi je leur demande pourquoi leur mari ou leur famille ne les aident pas. Et elles disent « Ah, bah, non, c'est moi qui fais tout ». Et du coup, d'être hospitalisée parce qu'elles ont une infection ou quoi, bah… Ça leur fait une décompression.
> **Ophélia, 31 ans, oncologue médicale.**

Par ailleurs, Théo partage son expérience en tant que médecin généraliste au sujet de la charge de la contraception portée par la majorité de ses patientes. Il affirme que le poids de la contraception s'apparente à une forte inégalité dans les couples hétérosexuels, car la femme « porte atteinte à son corps pour le couple ». En effet, il explique que les différentes méthodes de contraception hormonale affectent la santé des femmes et cette « charge endocrinologique » amène la femme à non seulement porter la responsabilité de la contraception, mais aussi à subir les troubles et les effets secondaires qui lui sont associés.

Ainsi, ces différentes observations montrent que les médecins interrogé.e.s identifient, dans leur pratique, des situations où la santé des femmes peut être

progressivement reléguée au second plan par les responsabilités qu'elles endossent dans la sphère domestique. Leurs récits ne permettent donc pas seulement de constater une répartition inégalitaire des rôles domestiques, mais révèlent aussi une première étape de prise de conscience de ses effets possibles sur la santé des patientes. À travers les exemples évoqués, certain.e.s médecins repèrent que le soin aux autres reste largement porté par les femmes, qu'il s'agisse d'accompagner, d'organiser, d'anticiper, de soutenir ou de prendre en charge la santé des proches. Ielles constatent alors que cette disponibilité envers les autres peut se faire au détriment de leur propre santé, notamment par l'oubli de soi, les retards de prise en charge, la fatigue ou la difficulté à prioriser leurs propres besoins. Cette identification est importante, car elle montre que les médecins ne perçoivent pas uniquement ces situations comme relevant de choix individuels ou de simples organisations familiales, mais commencent à les relier à des rôles genrés et à des inégalités plus larges. Les entretiens mettent ainsi en évidence une prise de conscience présente, même si elle reste formulée de manière plus ou moins explicite selon les médecins. La reconnaissance de ces situations constitue alors une première étape dans la compréhension des effets du sexisme « ordinaire » et des inégalités vécues dans la sphère domestique sur la santé des femmes.

2.2 VIOLENCES SEXUELLES ET CONJUGALES : LES CONSÉQUENCES DURABLES D'UNE ATTEINTE DIRECTE À LA SANTÉ

Les violences conjugales ont rapidement été évoquées par les médecins interrogé.e.s, sans qu'il ait été nécessaire de les questionner directement à ce sujet pour la plupart. Camille, médecin psychiatre, a abordé ce sujet dès la première question sur les tendances qu'elle avait pu observer chez les femmes et les hommes en matière de santé. Elle affirme que « les parcours de vie traumatiques » concernent en grande majorité les femmes qui sont plus souvent victimes des différentes formes de violences, notamment intrafamiliales et conjugales. Camille raconte qu'en fonction du soutien de l'entourage et de leur prise en charge, le retentissement sur la vie de ces femmes peut être « catastrophique ». Elle décrit une liste de symptômes résultants des violences, notamment conjugales, sur la santé des femmes :

> Ça peut être la dépression, l'anxiété, les idées suicidaires, […] les états de stress aigus, les états de stress post-traumatique, […] des symptômes d'hyper-vigilance, des troubles du sommeil avec des cauchemars : ce qu'on appelle des reviviscences, donc des flashs de la scène vécu comme au moment où on y était. Et donc ça, c'est des symptômes qui sont clairement handicapants au quotidien et qui ne permettent plus aux personnes de fonctionner correctement, ça, c'est certain. La dépression, comme on l'entend avec tristesse de l'humeur, ralentissement

psychomoteur, difficulté à fonctionner, difficulté à s'organiser dans le quotidien, à faire les tâches de la vie quotidienne. La dépression, ça peut aller jusqu'à plus prendre de douche, plus s'alimenter, plus savoir faire des courses. Et la tristesse de l'humeur, qui, parfois, est si importante que ça vient à avoir des idées suicidaires et même au suicide. […] Malheureusement aussi, il y a des traumas physiques. Aussi, c'est des personnes qui sont plus sujettes à des types de pathologies. Quand on a une mauvaise santé psychique, on va mal manger, mal dormir. Donc, forcément, ça a un retentissement sur la santé physique.
Camille, 33 ans, médecin psychiatre.

Aux urgences de la Timone à Marseille où travaille Samuel, celui-ci affirme qu'au moins une femme par jour se présente après avoir été victime de violences, souvent conjugales. Il décrit que fréquemment, il ne s'agit pas du premier épisode de violences le jour de leur venue aux urgences, et qu'elles suivent souvent déjà un traitement contre les troubles psychiques comme la dépression. Il décrit aussi des conséquences somatiques des violences conjugales telles que les fractures, qui ont des incidences sur la mobilité et le quotidien de ces femmes. Nina, Théo et Gabriel, quant à eux, partagent leurs constats concernant le développement de maladies en raison du stress associé aux violences conjugales :

Les violences conjugales, c'est majeur sur la santé psychique et la santé physique. En fait, c'est des études qui montrent que, plus tu as vécu des traumas et des stress chroniques comme ça, plus après, ça a un impact sur la santé, que ce soit le cancer, les maladies auto-immunes. Là, il y a vraiment des gros liens qui commencent à être faits, ça, c'est clair. […] Par exemple, plus les événements adverses de vie, que ce soit violences, que ce soit séparation, conflits, etc., ont été fréquents, plus ça va avoir un impact sur l'évolution du cancer. […] On sait que les violences conjugales ont vraiment un impact majeur sur la santé globale.
Nina, 45 ans, pédiatre.

Il peut y avoir des relations dans lesquelles la violence est plus sournoise, et ça, ça peut causer des troubles psy, mais aussi des troubles somatiques qu'on appelle fonctionnels, c'est-à-dire des maladies qui se manifestent avec des symptômes qui sont imprécis, non rattachés à une cause liée à un organe, qui pourrissent la qualité de vie. Par exemple, des vertiges, des acouphènes, des diarrhées, des migraines. […] Il y a aussi les troubles des conduites alimentaires, le fait de chercher à modifier son corps, à perdre du poids le plus souvent, rarement à en gagner. Le fait de chercher à aller vers la chirurgie esthétique. C'est des choses qui peuvent avoir un impact sur la santé des femmes, et ce ne sont pas des choses que vont franchement faire les hommes.
Théo, 38 ans, médecin généraliste.

> […] Déjà, d'un point de vue psychologique, clairement, que ce soit pour les risques de syndrome anxio-dépressif, c'est majoritairement cette problématique-là. […] Enfin, c'est vraiment hyper impactant aussi sur la santé physique. Forcément, alors, si on va à l'extrême, que ce soit par les coups portés ou là, il y a vraiment du dommage direct. Mais après aussi, dans le cadre du développement d'autres pathologies. Enfin, si elles sont dans un état de stress un peu permanent et puis aussi, c'est aussi un facteur un peu de s'oublier, je pense, pour moins prendre soin de soi. Et aussi, des fois, peut-être par honte ou par peur d'aller chez le médecin, qu'il puisse remarquer quelque chose. Dans ce cas-là, complètement éviter des rendez-vous médicaux, ne pas se prendre en charge parce qu'on s'oublie, ou parce qu'on a peur qu'on découvre qu'on est victime de violences.
> **Gabriel, 25 ans, interne en médecine générale.**

Les médecins interrogé.e.s décrivent ainsi les violences conjugales comme ayant des conséquences très globales sur la santé des femmes, à la fois sur le plan physique et psychique. Leurs récits mettent en évidence des effets immédiats, liés aux violences elles-mêmes, mais aussi des conséquences plus durables, notamment en raison d'un état de stress continu pouvant participer au développement ou à l'aggravation d'autres pathologies. La peur d'aller chez le médecin mentionnée par Gabriel apparaît aussi comme un élément important, dans la mesure où la consultation peut rendre les violences visibles, les faire exister médicalement et socialement, en exposant la patiente à la possibilité qu'un.e professionnel.le les repère.

La médecin qui a le plus abordé la question des violences conjugales est Sophia, pour qui les violences faites aux femmes faisaient partie intégrante de sa pratique de gynécologue. Sophia étant retraitée, elle a pu témoigner des différences entre le début et la fin de sa pratique. Au début de sa carrière, elle remarque que les femmes semblaient avoir beaucoup moins de contrôle sur leur propre corps : « Quand je me suis installée, on parlait des rapports comme quelque chose de quasiment obligatoire. C'était le devoir conjugal, quoi. Il y a beaucoup de femmes qui venaient en donnant des pathologies vulvaires, et qui étaient en fait en lien avec un non-désir de rapports. » Sophia constate une évolution chez les femmes dans la maîtrise de leurs corps, en partie grâce à l'accès à la contraception et à ses différentes méthodes, ainsi qu'à la maîtrise de la fécondité avec l'accès à l'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse). Toutefois, cette gynécologue retraitée a rencontré de nombreuses situations très complexes et « des moments de violences avec les conjoints qui ne souhaitaient pas l'interruption, ou, à l'inverse, qui voulaient absolument que la femme avorte. » Elle raconte des situations où les femmes allaient presque au bout du processus d'IVG et annonçaient au dernier moment, lorsque leur conjoint n'était pas présent en salle d'intervention, qu'elles ne souhaitent en réalité pas interrompre leur grossesse. Ce témoignage met en évidence le fait que l'accès à l'IVG, malgré les avancées qu'il représente dans la maîtrise de la

fécondité, peut encore être entravé par des formes de contrôle conjugal violent sur le corps des femmes et sur leur grossesse. Sophia a également évoqué la question de l'excision, à laquelle elle a été régulièrement confrontée au cours de sa carrière, notamment en raison de son exercice à Marseille et de l'arrivée de nombreuses femmes migrantes excisées originaires d'Afrique. L'excision relève des mutilations sexuelles féminines ; lorsqu'elle est imposée, organisée ou justifiée par l'entourage familial, elle peut également être analysée comme une forme de violence intrafamiliale, dans la mesure où elle constitue une atteinte directe à l'intégrité corporelle, sexuelle et psychique des filles et des femmes. Lors de son entretien, Sophia décrit la complexité des pathologies obstétricales en fonction des différents types d'excisions, qui peuvent conduire à « un obstacle absolu à l'accouchement », à des complications infectieuses et à des difficultés lors des rapports sexuels qui peuvent être très douloureux. Sophia explique que certaines femmes excisées, en arrivant en France, prennent conscience que ce qu'elles ont vécu n'est pas une norme universelle, mais une violence qui les a privées d'une partie de leur corps, de leur sexualité et de leur droit au plaisir. L'excision n'est donc pas seulement décrite comme une atteinte physique, mais aussi comme une atteinte durable à la vie sexuelle, à l'intimité et à la représentation que les femmes peuvent avoir de leur propre corps.

En plus de ses consultations quotidiennes, Sophia avait été mandatée pendant plusieurs années par le tribunal d'Aix-en-Provence afin de réaliser des constats de viols sur des victimes. Elle a pu décrire les différentes séquelles physiques possibles à la suite d'un viol, ainsi que les effets durables sur l'état des femmes qui en sont victimes :

> Moi, je devais examiner la patiente. Et dans cet examen, il y avait les violences corporelles, les coups, les ecchymoses, les marques de strangulation, les griffures, les morsures éventuellement, s'il y avait d'autres armes, enfin des canifs, un cutter. Tout ce qui pouvait être des lésions corporelles globales, y compris arrachage de cheveux et ensuite l'examen gynéco pour vérifier s'il y avait eu viol manifeste, c'est-à-dire, avec des lésions cutanées, des lésions des muqueuses. Et tu mettais en place, si c'était les cas, des prélèvements à la fois à la recherche des maladies sexuellement transmissibles, parce que tu ne sais pas le partenaire s'il n'était pas porteur de quelque chose. Mais également tout ce qui avait trait aux lésions de l'appareil génital. Ça, c'était au terme de cet examen, je devais donner un rapport au Parquet. Je parlais de l'état de la patiente, si elle était choquée, sidérée, si elle parlait, si elle pleurait […].
>
> Une fois, une consultation qui m'a scotché, c'était une patiente qui avait plus de 70 ans qui vient […] Et elle m'a parlé d'un viol qui avait eu lieu en intrafamilial pour elle, alors qu'elle avait l'âge de 10 ans. Il lui avait fallu 60 ans pour que ça sorte. Donc tu vois, dans le temps, le stress post-traumatique d'une violence sexuelle. […] La blessure, elle a eu lieu il y a 50 ans, mais l'histoire, elle ne s'est pas arrêtée il y a 50 ans. Elles n'ont pas pu en parler à ce moment-là, tu vois. Donc, le stress des

violences, il est énorme et il n'est pas limité dans le temps. Et il peut rester enfoui profondément et n'apparaître que très, très longtemps après.

Sophia, 65 ans, gynécologue médicale retraitée.

L'entretien de Sophia met ainsi en évidence combien le corps des femmes peut constituer un espace de contrôle, de contrainte et de violence, à travers différentes formes d'atteintes au corps et à la santé des femmes. Elle évoque à la fois des situations plus intimes et souvent discrètes, comme le fait de se forcer à avoir des rapports sexuels au nom du devoir conjugal, ou le contrôle exercé par certains conjoints dans l'interruption ou la poursuite d'une grossesse, mais aussi des violences plus directes exercées sur le corps, comme l'excision et le viol. Ce témoignage démontre que la santé sexuelle et reproductive ne peut être pensée uniquement sous un angle médical, mais doit être comprise au regard des rapports de genre qui traversent l'intimité, le couple et les parcours de vie.

Ainsi, à partir des observations des médecins interrogé.e.s, il apparaît que ces personnes avaient toutes et tous des récits témoignant des conséquences du sexisme et des inégalités de genre vécus dans la sphère domestique sur la santé des femmes. Leurs témoignages mettent d'abord en évidence une première forme de prise de conscience, construite à partir de l'identification de situations concrètes rencontrées dans leur pratique. Ielles abordent des formes parfois discrètes et quotidiennes d'inégalités, à travers les rôles genrés attribués aux femmes dans le soin aux autres, l'attention portée à la santé des proches, la charge mentale et l'oubli de soi. Ces dimensions, souvent invisibilisées car intégrées à la vie domestique ordinaire, apparaissent pourtant comme de véritables facteurs de fragilisation de la santé des femmes et de leur recours aux soins. Les médecins interrogé.e.s ont également abordé les violences conjugales et sexuelles comme des atteintes aux conséquences durables et globales sur la santé physique et psychique. Leurs récits montrent que les violences ne sont pas seulement repérées à travers des blessures visibles, mais aussi à partir de troubles plus diffus, de parcours de vie traumatiques, de souffrances psychiques, de symptômes somatiques ou de difficultés dans le parcours de soin. L'identification de ces conséquences montre que les médecins perçoivent les violences comme des événements qui s'inscrivent dans le temps long et qui peuvent affecter durablement la santé des femmes, bien au-delà du moment où elles ont lieu. Cette phase analytique met donc en évidence que les médecins interrogé.e.s ne sont pas indifférent.e.s aux effets des inégalités de genre, du sexisme et des violences sur la santé des femmes. Même lorsque cette prise de conscience n'est pas toujours directement reliée aux inégalités de genre, elle apparaît déjà présente dans leurs constats, à travers la manière dont ielles identifient ces situations et leurs répercussions sur les patientes.

3. Des trajectoires individuelles de sensibilisation face aux limites de la formation initiale

3.1 UNE FORMATION INITIALE JUGÉE INSUFFISANTE POUR APPRÉHENDER LES INÉGALITÉS DE GENRE ET LES VIOLENCES

Concernant la formation initiale sur les inégalités de genre, les violences et leurs conséquences sur la santé, les différent.e.s médecins interrogé.e.s partagent des expériences diverses. Toutefois, celles-ci semblent se rejoindre autour d'un même constat : la déploration d'un manque de formation, en particulier sur la question des violences.
Tout d'abord, la quasi-totalité des personnes interrogé.e.s, malgré des âges différents et des trajectoires professionnelles très variées, déclarent que les inégalités entre les femmes et les hommes n'ont pas été abordées au cours de leur formation initiale universitaire. Seulement Ophélia se rappelle avoir répondu à quelques questionnaires en lien avec ces inégalités, et avoir eu l'obligation de réaliser une très courte formation en ligne sur le sexisme entre collègues dans le milieu médical. De plus, chacun.e des médecins confirme n'avoir eu aucune information lors de leurs études de médecine quant aux possibles effets des inégalités de genre et du sexisme sur la santé des individus, ou plus précisément sur l'impact de la vie domestique chez les femmes. La première partie analytique montre pourtant une prise de conscience de ces médecins par le biais de nombreuses observations révélatrices à ce sujet, mais cette prise de conscience est née de leurs expériences et de leur pratique quotidienne, pas de leur formation initiale et des savoirs qui leur a été transmis.

> Professionnellement, on n'est pas trop sensibilisé par rapport à ça à l'hôpital. En tout cas, il y a peu de démarches, peu d'informations… Alors que vraiment, on a plein de choses, ça va de la prévention pour le tabac, aux informations à donner à la famille des patients, etc. Il y a quand même énormément d'infos qui circulent, en tout cas, moi, dans mon hôpital, sur plein de sujets différents. Mais c'est vrai que ce n'est pas forcément un sujet que je vois passer régulièrement ou en priorité.
> **Camille, 33 ans, médecin psychiatre.**

> […] Ce n'est pas forcément quelque chose sur laquelle on est formé de façon continue, mais c'est plus du ressenti. De ce côté-là, professionnel, c'est plutôt axé violences, mais ce n'est pas trop axé charge mentale, inégalités, différences au quotidien dans la santé.
> **Théo, 38 ans, médecin généraliste.**

Ensuite, la fragilité, voire l'absence, de formation liée au repérage et à la prise en charge des personnes victimes de violences est déplorée par la majorité des enquêté.e.s. Nina

(pédiatre), Samuel (médecin urgentiste) et Ophélia (oncologue médicale) affirment n'avoir reçu aucun enseignement sur les violences au cours de leur formation initiale à la faculté de médecine. Pour Sophia (gynécologue médicale retraitée) et Théo (médecin généraliste), ce sujet a été abordé de manière plus légère, sans nécessairement faire l'objet d'un enseignement obligatoire. Camille (médecin psychiatre) et Gabriel (interne en médecine générale) témoignent quant à ielles de formations plus poussées, faisant davantage partie intégrante de leur cursus. Toutefois, ielles considèrent également ces enseignements comme parcellaires et insuffisamment approfondis. Gabriel précise que, désormais, les cours sur la santé des femmes, et notamment les violences faites aux femmes, sont obligatoires et font partie du tronc commun dans la filière de médecine générale. On constate alors une évolution avec l'expérience de Théo, médecin généraliste de 38 ans, qui précise que la thématique des violences était optionnelle à l'époque où il était étudiant. Malgré différentes expériences de formation initiale, la grande majorité des enquêté.e.s se rejoignent sur un manque de formation, d'outillage et d'accompagnement des différent.e.s professionnel.e.s de santé pour repérer, prendre en charge et orienter les femmes victimes de violences :

> On n'est pas formé, ni à poser des questions, ni à savoir les symptômes, ni à reconnaître les situations dangereuses. Après, peut-être qu'il y a certaines spécialités, typiquement les gynécologues, peut-être un peu plus, mais en tout cas en oncologie, pas du tout. […] Je te dis qu'on n'en a pas, mais si on en a un peu. Mais c'est juste que j'ai pas le temps d'aller aux conférences sur le sujet parce que c'était pas accessible. Les mails de l'ordre des médecins que je reçois, je les lis pas parce que j'en reçois 12 par jour. Du coup, j'ai répondu à quelques questionnaires de temps en temps, mais en général, les questionnaires, c'est plus pour savoir un peu ce qu'on sait, et je leur ai dit que je ne savais rien. Donc, voilà. Par exemple, est-ce qu'on est obligé de dénoncer des violences conjugales ou pas ? Il y a des trucs un peu… Normalement, si la femme te dit qu'elle ne veut pas que tu le dises… il n'y a que dans le cadre de violences conjugales, justement, où tu as le droit de faire une dérogation au secret médical. Mais c'est compliqué parce que ça engagerait la responsabilité, des trucs au niveau législatif, on n'est pas trop au clair. […] Ce serait très bien qu'on sache ce qu'on a le droit de faire, de dire, et qu'on sache comment le repérer. Quitte à, après, orienter vers des personnes adéquates. Ça, chacun son boulot, et c'est normal.
>
> **Ophélia, 31 ans, oncologue médicale à l'IPC.**

> On apprend pas du tout ça à la fac, on apprend ça sur le tas et avec les difficultés qui vont avec. C'est un manque pour le repérage. Mais après, pour moi, il faut du personnel dédié pour ça. Déjà, si on apprend au médecin, le repérage, c'est parfait. Mais après, pour la suite, c'est pas adapté à notre pratique. Je trouve qu'on doit se focaliser sur le côté médical, mais que derrière, on a besoin de personnel formé pour ça, d'équipes dédiées, parce que c'est un peu dur quand même. […] Mais en tout cas, il y a un manque dans la formation, le repérage et l'orientation.

Samuel, 36 ans, médecin urgentiste.

> […] On n'est pas outillé, je pense qu'on n'est pas hyper accompagné à ce niveau-là, pas hyper sensibilisé… Déjà pendant l'externat, pas du tout. Peut-être un peu plus là en médecine générale, notamment avec les stages autour de la santé de la femme. Mais sinon, de façon alors très parcellaire. […] Mais après, en termes d'outillage, non, non. Enfin, on n'est pas assez accompagné et d'autant plus dans les milieux hospitaliers, où on a moins le temps en fait, on a une vision centrée plus sur les organes, la maladie. Après, pour de multiples raisons, notamment sur les problématiques de personnel, de temps, de moyens.

Gabriel, 25 ans, interne en médecine générale.

> C'est arrivé que des fois, on a le doute, on n'est pas certain. Donc, dans ces cas-là, quand c'est arrivé, et je pense qu'évidemment, on en sous-diagnostique, ça, c'est sûr, on n'est quand même pas très bons sur le repérage nous, les médecins. […] J'en ai discuté avec les collègues […] bah en fait quand on sait pas trop quoi en faire après bah on l'aborde pas. Tu vois ce que je veux dire, comme on sait pas à qui adresser après bah, on met la tête dans le terrier. C'est pas la solution hein, mais bon…

Nina, 45 ans, pédiatre.

Ces extraits d'entretiens apparaissent particulièrement révélateurs du manque d'accompagnement, d'outillage, de formation et de sensibilisation des médecins sur la question des violences. Ils mettent également en évidence l'existence de zones floues dans lesquelles les médecins peuvent se trouver démuni.e.s. Plusieurs incertitudes se dessinent : comment repérer une situation de violence, comment réagir face à une parole ou à un signe, vers qui orienter la personne concernée, ou encore jusqu'où ielles peuvent intervenir dans le cadre de leur rôle de médecin. Ces hésitations montrent que la prise en charge des violences ne relève pas seulement d'une sensibilité individuelle des médecins, mais dépend aussi des ressources institutionnelles, professionnelles et formatives dont ielles disposent pour identifier, nommer et accompagner ces situations. Par ailleurs, les partages de Camille et de Théo mettent en évidence le caractère parcellaire de la formation au repérage et à la prise en charge des femmes victimes de violences. Camille, alors même que les violences faisaient partie intégrante de sa formation universitaire, déclare ne pas avoir abordé les signaux d'alerte pouvant indiquer qu'une femme est victime de violences conjugales. Ces signaux sont pourtant identifiés par plusieurs sources gouvernementales, associatives et médicales, comme l'isolement, la culpabilité ou encore le contrôle exercé par le partenaire. Selon elle, sa formation lui a davantage appris à questionner les patient.e.s sur leurs antécédents de violences qu'à repérer une situation lorsque celle-ci n'est pas directement verbalisée. Le partage de Théo révèle également certaines zones floues autour du rôle médical face aux violences. Il affirme ne

pas avoir le droit de signaler une situation de violences lorsque la personne est majeure et ne souhaite pas qu'un signalement soit effectué, sauf dans le cas où celle-ci serait sous emprise et ne serait pas en capacité de saisir les violences qu'elle vit. Il précise alors : « Mais il me semble que cette situation d'emprise, elle n'est pas si fréquente que ça et c'est la particularité qu'on a en tête et qui nous laisse le droit de signaler ». Cette formulation apparaît révélatrice d'une compréhension partielle des mécanismes propres aux violences conjugales, dans la mesure où l'emprise ne constitue pas une situation exceptionnelle, mais constitue au contraire l'un des éléments centraux des violences conjugales, comme le démontre la théorisation du contrôle coercitif. Ces deux extraits montrent ainsi que les formations reçues peuvent rester insuffisamment approfondies, notamment pour permettre aux médecins de repérer et de comprendre les situations de violences au-delà de leur seule verbalisation par les patient.e.s. Toutefois, Gabriel, le plus jeune enquêté, indique avoir appris durant son internat de médecine générale à repérer certains signaux d'alerte, qu'ils soient physiques ou psychiques. Il évoque également sa participation à des groupes d'échanges entre co-internes de médecine générale, au sein desquels ielles pouvaient partager des situations rencontrées et réfléchir collectivement aux manières d'écouter, de conseiller, de réorienter ou d'apporter de l'aide. Ces échanges permettaient aussi d'aborder des éléments plus concrets, comme les personnes ou structures à contacter, le cadre légal d'intervention, ou encore les situations dans lesquelles un signalement peut ou doit être réalisé. Gabriel partage aussi l'impression que les médecins généralistes sont davantage amené.e.s à prendre en charge les patient.e.s dans leur globalité, et seraient donc plus sensibilisé.e.s et plus attentif.ve.s à ces questions. Il nuance toutefois ses propos, en précisant que cela reste imparfait et que certain.e.s généralistes ne sont pas nécessairement sensibilisé.e.s. Pour autant, selon lui, l'enjeu du repérage et de l'accompagnement des femmes victimes de violences semble reposer en partie sur les médecins généralistes, du fait de leur rôle dans l'accompagnement global des personnes. Pour Sophia, la question des violences est centrale dans la pratique des gynécologues. Elle a enseigné à l'université durant plusieurs années aux étudiant.e.s en formation de sage-femme et de gynécologue un cours obligatoire concernant les mutilations génitales : « J'ai fait beaucoup d'humanitaire en Afrique pendant 25 ans, donc c'est un sujet qui me tenait à cœur et je trouvais extrêmement angoissant de venir ici en France, et que les médecins, enfin les gynécos de la région PACA, ils ne puissent pas reconnaître ces femmes qui arrivaient de loin, et pas être à même de gérer les conséquences et de les aider ». Ancienne présidente du Collège de Gynécologie Médicale Marseille Provence, elle y a organisé des journées médicales de formation et des EPU (enseignements post-universitaires) à propos des violences faites aux femmes. Sophia a donc formé des médecins généralistes, mais elle

précise que cette formation résultait de leur souhait et n'était en aucun cas obligatoire. Les propos de Sophia mettent en évidence les contraintes concrètes de manque de temps qui pèsent sur la pratique quotidienne des médecins, et le fait qu'à l'époque où elle exerçait, la formation au sujet des violences étaient optionnelles et dépendaient de la volonté de chacun.e :

> Je trouve que c'est une cata qu'il n'y est pas une sensibilisation plus importante au niveau pro. Après, les médecins généralistes avaient souvent pour réponse « Mais vous savez, il faut qu'on fasse face à tout, on n'a pas le temps, nous, on ne fait pas les examens gynéco, on les envoie aux gynéco. ». Ce ne sont pas des arguments faux, on peut les entendre. C'est compliqué, quoi. Il y a beaucoup de choses à faire et il faut faire des choix, et ça, ça demande du temps, beaucoup de temps. Du coup, comme effectivement, tu posais la question tout à l'heure, quel est l'impact au niveau des femmes ? […] C'est souvent un peu le parcours du combattant pour qu'elles soient écoutées, entendues. […] je serais extrêmement heureuse qu'il y ait des formations. Alors, il doit certainement y avoir des formations, mais comme rien n'est obligatoire, que tout repose sur le volontariat, est-ce que tous les médecins font le choix d'aller se former sur ça ? À ma connaissance, non.
> **Sophia, 68 ans, gynécologue médicale retraitée.**

Ainsi, ces récits démontrent un manque d'information, de formation ou de sensibilisation aux inégalités entre les hommes et les femmes et à leurs conséquences sur la santé durant la formation universitaire des médecins. Ils mettent toutefois en évidence une évolution très récente concernant la formation au repérage et à l'accompagnement des personnes victimes de violences, notamment désormais rendue obligatoire dans la formation des médecins généralistes. Ces enseignements sont cependant décrits comme encore légers, peu approfondis et insuffisamment développés. Or, la majorité des médecins en activité interrogé.e.s dans ce travail n'ont pas bénéficié de ces apports durant leur formation. Leurs récits révèlent alors une autre forme de prise de conscience : celle de ne pas toujours être suffisamment formé.e.s, outillé.e.s ou accompagné.e.s pour faire face à certaines situations rencontrées dans leur pratique. Cette prise de conscience du manque de formation apparaît particulièrement importante concernant les violences conjugales, dont les mécanismes ne sont pas toujours pleinement compris, notamment lorsqu'il s'agit de l'emprise, du contrôle et des mécanismes qui sous-tendent les violences conjugales. Ainsi, la sensibilisation des médecins interrogé.e.s ne repose pas seulement sur l'identification des effets des inégalités de genre et des violences sur la santé des femmes, mais aussi sur la conscience des limites de leur propre formation. Les entretiens montrent que plusieurs médecins peuvent se sentir démuni.e.s face à ces enjeux, sans disposer nécessairement de ressources suffisantes pour réagir, accompagner ou orienter les

patientes de manière adaptée. Cette reconnaissance du manque de formation constitue donc une étape importante dans leur prise de conscience, même si elle ne se traduit pas toujours par une démarche de formation ou par des ajustements clairement identifiés dans leur pratique.

3.2 DES PARCOURS DIFFÉRENCIÉS DE SENSIBILISATION PROFESSIONNELLE

Face au manque, voire à l'absence, de formation initiale et de sensibilisation en milieu universitaire sur les inégalités de genre, les violences et leurs conséquences sur la santé, les médecins interrogé.e.s s'engagent dans des trajectoires variées. Certain.e.s entreprennent des démarches autonomes de formation continue, comme Nina et Théo, qui ont fait le choix de compléter leur formation initiale et d'aborder en profondeur la question des inégalités de genre et des violences. Durant ses études de médecine, Théo a choisi volontairement une option sur les violences faites aux femmes et a ensuite participé à plusieurs journées de formation sur les inégalités entre les femmes et les hommes durant sa carrière. Il s'est de même engagé dans une CPTS (Communauté Pluriprofessionnelle Territoriale de Santé), au sein de laquelle il a pu se rassembler avec d'autres professionnel.le.s pour travailler autour des problématiques relatives à la santé des femmes, notamment les violences et les inégalités. Théo a évoqué que sa sensibilisation professionnelle résultait d'une sensibilisation dans sa sphère privée, du fait de son mariage avec une compagne féministe engagée. Dans sa pratique de médecin généraliste, il affirme recevoir une femme victime de violences en consultation au moins une fois par mois, et explique qu'afin de réagir au mieux, il se réfère au diagramme du cycle des violences comprenant quatre phases : la phase de tension, la crise, la justification et « la lune de miel ». Cet outil lui permet d'identifier la phase dans laquelle se trouve la victime et d'adapter sa manière de réagir. Quant à Nina, ses nombreux Diplômes Universitaires (DU) lui ont permis de « sortir des sentiers battus » afin d'acquérir les compétences et les connaissances qui lui ont manqué dans ses études. Elle explique que son DU sur l'attachement - qui aborde l'importance des liens affectifs précoces pour le développement de l'enfant -, lui a permis d'identifier les signaux qui permettent d'alerter sur de potentielles violences au sein du foyer de l'enfant. Nina raconte tenter de « trouver des sources fiables » au cours de sa carrière pour se sensibiliser, s'informer et réagir au mieux face aux violences intra-familiales et conjugales : « J'ai eu affaire à des couples séparés avec du contrôle coercitif du mari, donc des demandes de certificats, des appels du papa, etc. Et ça nécessite de prendre du recul, […] d'être sensibilisé à ça, autrement on se fait embarquer et manipuler ». Cette pédiatre affirme que les divers.e.s professionnel.le.s de santé, comme les psychologues ou les médecins généralistes, ne sont

pas assez formé.e.s au repérage du contrôle coercitif et qu'ielles « se font embarquer par le papa » et ne voient pas les mécanismes violents en jeu dans certaines situations conjugales. Ainsi, face aux réalités rencontrées dans leurs carrières, Nina et Théo se sont engagé.e.s dans des démarches de réflexion, de recherche d'informations et de formation continue afin d'accompagner au mieux leurs patient.e.s et d'adapter leurs pratiques. Gabriel, interne en médecine générale, a quant à lui évoqué une sensibilisation plus légère, davantage fondée sur un intérêt personnel pour les informations relatives aux inégalités entre les femmes et les hommes, auxquelles il accède par le biais de différents réseaux d'information. Il s'agit donc moins d'une démarche de formation continue formalisée que d'une sensibilisation diffuse, nourrie par des informations consultées au quotidien.

> Je pense après comme... comme tout le monde on va dire, c'est vraiment par le biais des réseaux, des articles de journaux, de la presse,… Que ce soit aussi à la télé, sur des vidéos, je pense que c'est à peu près comme la population globale. […] Il peut y avoir quelques sites internet. […] C'est plus des questions aussi autour du dépistage des violences. Après, sur le sexisme, pas tellement. Je pense que c'est plutôt une éducation, on va dire, un peu personnelle, une éducation à la vie, que ce soit avec... Avec mes proches, avec celles qui m'entourent aussi, ma famille, mes soeurs, ma mère. […] Même avec ce que je peux lire forcément autour, quand on entend, après des histoires hyper médiatisées, aussi. Oui, des vidéos culturelles aussi, sur YouTube ou autre. C'est plus par ces biais-là que je m'informe, mais il n'y a pas vraiment, on va dire, d'aspects et de trucs hyper médicaux à tout ça.
> **Gabriel, 25 ans, interne en médecine générale.**

Il est intéressant de constater que Gabriel présente la recherche d'informations au sujet des inégalités entre les femmes et les hommes comme une démarche universelle, presque ordinaire, qui relèverait de chacun.e. Dans cette perspective, le médecin généraliste Théo insiste sur l'importance de la « responsabilité » individuelle de chacun.e dans le fait de se sensibiliser et de se former aux thématiques des inégalités et des violences :

> Je pense qu'avoir quelques heures dans le tronc commun, peut-être que c'est le cas maintenant, ce n'était pas le cas il y a 15 ans, mais peut-être que c'est le cas maintenant. Et peut-être que ce serait suffisant. Après, je crois que c'est important aussi que chacun prenne sa responsabilité. Et en fait, on a beaucoup, beaucoup de choses à apprendre. Et tout ne peut pas être fait pendant la formation initiale. […] C'est de l'investissement, de l'engagement. Alors, là, je parle des médecins, de l'engagement personnel. […] Je pense qu'une sensibilisation pendant la formation initiale est intéressante, mais comme toute formation, je pense que c'est intéressant d'avoir une formation continue aussi. Et des piqûres de rappel. Et dans ce cas-là, je pense que ça, ça dépend malheureusement que du bon pouvoir de chacun.
> **Théo, 38 ans, médecin généraliste.**

Les récits de Camille, psychiatre, et Samuel, médecin urgentiste, démontrent toutefois que, malgré une relative prise de conscience due aux réalités rencontrées au quotidien, ces médecins ne s'engagent pas nécessairement dans une démarche active d'information ou de sensibilisation sur les enjeux des inégalités de genre et des violences. Samuel insiste sur le fait qu'il ne se considère « pas du tout » sensibilisé à titre personnel et professionnel au sujet des inégalités entre les femmes et les hommes. De son côté, Camille déclare se sentir peu sensibilisée à ces enjeux, si ce n'est par le biais d'une information diffuse, nourrie par la « libération de la parole » autour de ces thématiques ainsi que par les discussions avec ses proches. Toutefois, Camille, qui constate des parcours de vie traumatiques jalonnés de violences chez certaines de ses patientes, et Samuel, qui rapporte que son service des urgences accueille au moins une femme victime de violences par jour, révèlent tous deux une prise de conscience construite à partir des enjeux rencontrés en face-à-face dans leur pratique quotidienne. Ces deux récits mettent ainsi en évidence une prise de conscience discrète, peu explicitement affirmée comme telle, mais néanmoins présente, notamment à travers les constats formulés par ces deux médecins dans la première partie de l'analyse des entretiens. Dans le service des urgences où travaille Samuel, un dispositif dénommé « sentinelle » a été mise en place afin qu'une infirmière puisse être présente de manière continue pour accueillir les femmes en grande difficulté, en situation de précarité ou victimes de violences, et pour permettre aux autres professionnel.le.s des urgences de les orienter vers une prise en charge spécifique. Ce médecin urgentiste a donc bénéficié d'une demi-journée de formation au repérage des signaux d'alerte chez les patientes, afin d'orienter l'interrogatoire et de savoir dans quelles situations solliciter l'infirmière sentinelle du service. Lorsqu'il a été demandé à Samuel et à Camille s'ielles entreprenaient une démarche personnelle ou professionnelle d'information autour des inégalités et des violences, ces deux médecins ont apporté une réponse très similaire :

> Non, franchement, j'avoue, pas du tout. C'est vrai que... Vu que ça ne fait pas partie de la base de notre corps de métier, moi, si je vais m'informer, je vais regarder les nouvelles recommandations sur la prise de l'infarctus, ou vraiment rester purement sur le médical. Après, je me repose sur mes lauriers. Parce que, justement, on a aussi, comme je te disais, cette sentinelle et, du coup, je ne m'intéresse pas. Je me dis « C'est bon, La Sentinelle va s'en occuper ».
> **Samuel, 36 ans, médecin urgentiste.**

> Non, parce que je le fais très peu pour tout type de sujet. Et parce qu'aussi, on a quand même la chance d'avoir une assistante sociale dans notre équipe, ça, c'est dans tous les secteurs de psychiatrie. Mais du coup, c'est vrai qu'elle nous débloque pas mal de situations, elle est quand même plus au fait d'eux. Nous, on est un peu plus sensibilisés dans tout ce qui est, comme je disais, l'interrogatoire, chercher les

signes, voir les pathologies qu'on peut traiter, qui sont dues à ça. Mais ouais, non, je ne sais pas…

Camille, 33 ans, médecin psychiatre.

Ces deux extraits soulèvent tous deux un point intéressant concernant la délégation de la prise en charge et le déplacement de la responsabilité vers d'autres professionnel.le.s. Samuel et Camille semblent en effet s'appuyer sur l'expertise d'autres personnes, davantage identifiées comme compétentes ou spécialisées sur ces enjeux. Cette délégation peut alors avoir pour effet de ne pas nécessairement les inciter à se former ou à se sensibiliser davantage par elleux-mêmes, chacun.e restant dans son champ d'expertise, son rôle professionnel et sa spécialisation. Il est alors possible de mettre ces récits en perspective avec les propos de Théo, qui insiste sur l'importance de la « responsabilité » et de l'engagement de chacun.e dans le fait de se sensibiliser et de se former, ainsi qu'avec ceux de Gabriel, qui présente l'information sur ces sujets comme une démarche relativement universelle et ordinaire. Ces différents discours mettent en évidence des rapports différenciés à la sensibilisation : pour certain.e.s, celle-ci relève d'une responsabilité individuelle, tandis que pour d'autres, elle semble davantage dépendre des situations rencontrées dans la pratique, des dispositifs disponibles ou encore de la possibilité de s'appuyer sur l'expertise d'autres professionnel.le.s. Dans les entretiens menés, le sexe et l'âge ne semblent pas apparaître comme des facteurs déterminants du degré de sensibilisation des médecins interrogé.e.s. En revanche, les récits montrent que cette sensibilisation repose principalement sur des démarches individuelles, construites de manière plus ou moins explicite selon les parcours. L'accès à l'information, l'intérêt porté à ces thématiques, les expériences professionnelles, les rencontres avec des patientes concernées, mais aussi les socialisations individuelles semblent ainsi participer à produire des trajectoires de sensibilisation variables. Ces éléments permettent de comprendre que la prise de conscience des médecins interrogé.e.s ne se construit pas de manière homogène, mais dépend largement des ressources, des expériences et des dispositions propres à chacun.e. La question du manque de formation continue apparaît alors comme un enjeu important de l'analyse, dans la mesure où l'absence de cadre commun peut laisser une place importante à ces variations individuelles.

Pour conclure, cette deuxième phase analytique des entretiens permet de montrer que la prise de conscience des médecins interrogé.e.s se construit de manière inégale, en lien avec leur formation, leur sensibilisation et leurs expériences professionnelles. Les entretiens révèlent un manque important de formation initiale concernant les inégalités

de genre, le sexisme et les violences, en particulier lorsqu'il s'agit de comprendre leurs effets sur la santé des femmes. Ce manque participe aussi à la prise de conscience des médecins interrogé.e.s, dans la mesure où plusieurs d'entre elleux identifient leurs propres limites, leur manque d'outils ou leur difficulté à savoir comment réagir face à certaines situations. Si une évolution récente semble apparaître autour du repérage et de l'accompagnement des victimes de violences, celle-ci reste perçue comme limitée. Face à ces manques, les trajectoires de sensibilisation apparaissent différenciées : certain.e.s médecins développent une démarche personnelle d'information ou de formation, tandis que d'autres semblent davantage être sensibilisé.e.s par les situations rencontrées dans leur pratique ou se reposent sur l'expertise d'autres professionnel.le.s. Ces trajectoires individuelles de sensibilisation apparaissent alors comme une manière de composer avec les limites de la formation initiale : cette partie met donc en évidence une prise de conscience variable, parfois affirmée, parfois plus discrète, qui ne repose pas sur un cadre commun structuré, mais sur des parcours individuels, des expériences professionnelles et des ressources disponibles. Elle montre ainsi que les médecins interrogé.e.s peuvent reconnaître les effets des inégalités de genre et des violences sur la santé des femmes, tout en n'étant pas toujours suffisamment formé.e.s, outillé.e.s ou accompagné.e.s pour intégrer pleinement ces enjeux dans leur pratique.

4. Un rôle médical inégalement défini et investi dans la pratique

4.1 LA VIE DOMESTIQUE : UN SUJET DIFFICILEMENT ABORDÉ PAR LES MÉDECINS

Les entretiens menés avec les sept médecins montrent que l'identification de leur rôle et de leur capacité d'agir, notamment dans une éventuelle démarche de repérage et d'accompagnement auprès de leurs patientes, apparaît très variable. Ils mettent en évidence la difficulté, pour certain.e.s médecins, d'aborder la question de la vie domestique dans le cadre de la consultation. Ophélia, l'oncologue médicale de 31 ans, a longuement expliqué une situation dans laquelle un de ses patients était accompagné de sa femme, elle aussi atteinte d'un cancer. Cette dernière a demandé à Ophélia d'hospitaliser son mari afin qu'elle puisse se reposer et Ophélia a accepté. Durant l'hospitalisation, la femme du patient restait en permanence avec son mari, et elle a demandé à Ophélia de dire à son mari qu'elle avait besoin de rentrer chez elle.

> […] Il lui a dit « Bon c'est bon, t'as que ça à faire d'aller te reposer à la maison ». Et il s'est un peu énervé, mais elle a dit « Tu crois que j'ai que ça, tu crois que j'ai pas le ménage, les papiers, les trucs à faire ? » et il lui a répondu « De toute façons, ton rôle, c'est d'être avec moi ». C'était horrible, je me suis sentie mal. Là, c'était des vieux papis et mamies qui ont l'air inoffensifs, mais je me suis dit qu'il avait peut-être été violent avec elle avant, et il a encore cette emprise psychologique sur elle. Et moi, en plus, c'est même pas ma patiente, c'est pas moi… moi, mon patient, c'était lui. Donc c'était compliqué d'être... D'être la médecin des deux personnes et de voir cette relation qui n'était pas du tout sereine et égalitaire entre les deux, c'était difficile.
>
> **Ophélia, 31 ans, oncologue médicale à l'IPC.**

Les propos d'Ophélia démontrent le positionnement difficile et la complexité d'intervenir en tant que médecin face à des comportements inégalitaires et sexistes dans la sphère domestique et conjugale des patient.e.s. Elle ajoute qu'elle se permet de dire aux patients que ce n'est pas à leurs compagnes d'avoir toute la responsabilité du suivi du parcours de soins de leurs maris : « […] Ça, je me permets de le dire. Mais après, tu ne sais pas l'histoire des gens et tout, tu sais ce qu'ils veulent bien te raconter. Je cherche pas forcément à savoir tous les problèmes qu'ils ont. Enfin, je pose pas trop les questions, sauf s'ils m'en parlent. » Bien qu'elle aborde peu la sphère domestique et privée avec ses patient.e.s, Ophélia insiste sur la nécessité de « prendre soin des aidants » et de dire aux femmes qui accompagnent leurs proches de prendre aussi soin d'elles. Il lui arrive de leur conseiller de prendre contact avec un.e assistant.e sociale de son service, afin d'envisager de bénéficier d'aides sociales. Pour Gabriel, l'interne en médecine générale, il explique ne pas questionner ses patient.e.s au sujet de leur vie domestique : « Objectivement, ce n'est pas une question qu'on aborde. Je ne sais pas trop comment ça se passe à la maison. » Il précise qu'il est cependant amené à poser des questions sur le partage des tâches domestiques dans certaines consultations, notamment dans le cadre de burn-out ou auprès de patient.e.s très âgé.e.s pour lesquelles la question de l'autonomie se pose. Nina et Théo, de leurs côtés, prennent davantage en main les questions de la vie domestique, du partage des tâches et de la charge mentale qui peuvent impacter la santé de leurs patientes. Ielles rappellent toutefois la complexité d'aborder la vie privée et conjugale des patient.e.s, face auxquel.le.s ielles doivent s'adapter.

> Les inégalités de partage de tâches, c'est quelque chose qu'il est difficile d'aborder. Parce que les motifs de consultation pour lesquels il est utile d'aborder ces sujets, souvent, ils sont portés par les femmes et elles viennent seules en consultation. Et donc parler de charge mentale avec la personne qui doit déléguer, c'est trop

facile ! (rire). Il faut parler de charge mentale avec la personne qui doit en prendre un peu plus. Et ça, c'est difficile d'accéder aux hommes dans cette situation-là, parce que souvent, ils ne sont pas là en consultation quand il y a besoin. Et donc, ce n'est pas possible de leur dire ça. De fait, oui, on en parle avec les femmes, mais... C'est injuste que ce soit encore à elles de porter la charge mentale qu'il faut qu'elles réduisent leur charge mentale (sourire). Et donc, Il faudrait en fait que, quand elle va mal, que le conjoint soit là en consultation pour discuter de ça en consultation. […] C'est aussi déjà arrivé quelques fois, qu'on parle de charge mentale de la contraception et que je glisse au conjoint présent à côté « Ah, c'est le moment de réfléchir à la vasectomie ! » (rire)

Théo, 38 ans, médecin généraliste.

[…] C'est assez compliqué, parce que si on n'entend pas la préoccupation du couple, de la maman ici et maintenant, on les perd. Donc, c'est vraiment de les accueillir, d'écouter. Voir même des fois de passer par un traitement chez l'enfant, même si on pense que ce n'est pas la solution. Mais du coup, ça permet d'apaiser un petit peu l'anxiété, la tension, pour qu'après, la maman et la famille puissent aller se prendre en charge. […] Quand on est pédiatre, on a à prendre en charge tout le contexte et la famille. Et en fait, si tu prends en charge que l'enfant, tu passes à côté de quelque chose. […] Moi, j'ai besoin de savoir comment c'est fait à la maison, où vit l'enfant, combien d'enfants, le couple, c'est quoi leur boulot, c'est un appart, c'est une maison, il est gardé par une nounou, combien de temps… Ça prend vachement de temps. […] Je n'aborde pas la charge domestique comme ça, pas avec ces mots-là. Mais du coup, j'essaie de voir déjà un peu la dynamique du couple. Si je peux y aller un peu à l'humour, j'y vais. Quand le papa est là, ça va. Mais s'il n'est pas là, j'essaie de dire « Si votre mari était là, ce serait pas mal. » Pour embarquer le papa, quoi. […] On n'y va jamais en frontal. […] On essaie de ne pas être jugeant et menaçant. Parce que l'équilibre, il s'est construit comme ça aussi dans le couple. Donc, comment on arrive à mettre les besoins de l'enfant au centre pour l'équipe parentale et les besoins de la maman, pour qu'elle tienne.

Nina, 45 ans, pédiatre.

Ces deux extraits d'entretien mettent en évidence des tactiques d'adaptation face aux patient.e.s, afin d'aborder des thématiques liées au partage du travail domestique, aux responsabilités au sein du couple et à la charge mentale. Nina et Théo valorisent, dans leur pratique médicale, le questionnement des patient.e.s sur leur vie privée, en raison de l'impact que celle-ci peut avoir sur leur santé. Ielles s'emparent ainsi d'un rôle d'accompagnement, orienté vers le bien-être global de leurs patient.e.s. Ces deux médecins expriment toutefois les difficultés rencontrées dans l'abord de ces thématiques, notamment lorsqu'il s'agit de s'adresser aux conjoints qui assument une charge domestique moindre que leurs conjointes au sein des couples hétérosexuels. Leurs récits permettent ainsi de montrer que l'accompagnement ne repose pas seulement sur l'identification des situations problématiques, mais aussi sur la capacité à formuler ces enjeux dans la consultation, à trouver une manière de les rendre audibles pour les

patient.e.s et à intervenir sans produire de rupture dans la relation de soin. Cette posture se distingue alors des pratiques évoquées par Ophélia et Gabriel, qui abordent beaucoup plus rarement la vie domestique des patient.e.s et la répartition du travail domestique dans le cadre de leurs consultations.

Ainsi, les entretiens montrent que l'appropriation de ce rôle d'accompagnement par les médecins interrogé.e.s demeure très variable, certain.e.s s'en saisissant pleinement dans leur pratique, tandis que d'autres l'investissent de manière plus marginale.

4.2 FAIRE ÉMERGER LES VIOLENCES EN CONSULTATION : DES PRATIQUES DE DÉPISTAGE CONTRASTÉES

La majorité des médecins interrogé.e.s ont abordé l'importance du dépistage des violences par un questionnement courant, voire systématique, des patient.e.s au sujet des violences dont ielles auraient pu être témoins ou victimes. Au sein du centre de santé dans lequel Gabriel exerce durant son stage d'internat en gynécologie, le questionnement autour des violences est, selon lui, systématique. Il précise toutefois avoir très peu observé cette pratique dans ses autres expériences professionnelles :

> Moi, c'est la première fois où on ose aborder ces questions-là, si en tout cas, ça n'a pas été abordé auparavant avec la patiente. Là, c'est vraiment nous qui sommes les pieds dans le plat ! Après, on demande bien sûr si elle est d'accord de répondre à notre question. Je le présente vraiment comme ça : « Je pose cette question à toutes les femmes. Vous n'êtes pas obligée de me répondre, mais est-ce qu'au cours de votre vie, vous avez déjà subi des violences, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sexuelles ? » […] Je pense que dans un tiers des cas, on a pu me répondre oui.
>
> **Gabriel, 25 ans, interne en médecine générale.**

Dans cette même perspective, Théo indique qu'il est de plus en plus recommandé aux médecins de réaliser un questionnement systématique sur les violences au même titre que le questionnement sur les différents antécédents médicaux : « Ça fait partie des questions importantes à poser, ou de l'information à savoir quand on a une histoire difficile, douloureuse, de l'émotion, de l'anxiété, de la dépression, des troubles alimentaires, bref, quand il y a des maladies qui pourraient y être rattachées ». Théo et Gabriel expliquent qu'en tant que médecins généralistes, ils tentent de se rendre disponibles suite aux potentielles révélations de violences vécues chez leurs patientes. Ils insistent sur l'importance de l'écoute apportée, que les patientes souhaitent en parler davantage sur le moment ou y revenir plus tard. Il s'agit alors de leur montrer qu'ils restent présents et disponibles si elles souhaitent aborder à nouveau ces violences et être accompagnées, en programmant notamment des prochaines consultations. Ils peuvent également être

amenés à orienter les patientes vers des associations spécialisées ou vers des psychologues. Théo, qui rencontre régulièrement en consultation des femmes victimes de violences, semble aller plus loin dans sa démarche d'accompagnement :

> […] Et donc l'idée, s'il y a eu des violences, c'est déjà d'essayer de faire comprendre à la personne que ce qu'elle vit est violent. Et pour ça, on peut se servir de l'outil qui s'appelle le violentomètre, qui permet d'expliquer, de montrer que les choses qu'elle vit sont violentes, ça permet de mettre un mot, et ensuite que le discours autour de l'aide qu'elle peut recevoir soit un peu plus acceptable. Parce qu'il y a des personnes qui sont dans le déni. Et après, une fois qu'on a verbalisé, c'est bien de tracer en tant que médecin, les violences dans le dossier médical de la personne. Si ça s'applique, de faire un certificat médical qu'on n'est pas obligé de remettre à la personne, mais qu'on peut stocker, pas forcément remettre, parce qu'il y a des personnes qui ont peur que ça tombe entre les mains du conjoint et d'avoir des représailles, Donc on peut stocker pour que ça puisse être utilisé plus tard, si jamais il y a… Une histoire judiciaire. Et puis, il faut conseiller à la personne de mettre fin aux violences. Et ça peut passer par la séparation, par le fait de partir avec les enfants. Et souvent, c'est des situations qui sont très difficiles et qui doivent être accompagnées par une association.
> **Théo, 38 ans, médecin généraliste.**

De son côté, Camille explique elle aussi intégrer régulièrement la question des violences lors du premier interrogatoire avec ses patient.e.s au sein de son service de psychiatrie. Elle témoigne toutefois d'un manquement à cet interrogatoire lorsque les causes des troubles des patient.e.s semblent évidentes et qu'elle ne cherche alors pas nécessairement à approfondir : « Honnêtement, on nous apprend à le faire et on sait, mais c'est pas fait de manière aussi systématique que ça. » Dans sa pratique de gynécologue, Sophia rapporte que les questionnements relatifs à la vie domestique, à la relation de couple ainsi qu'au vécu des rapports sexuels et à leur caractère souhaité ou non, faisaient partie de son interrogatoire habituel. Concernant plus précisément les violences vécues, Sophia se permettait d'interroger ses patientes au bout de quelques séances, une fois qu'une relation de confiance s'était installée. Par ailleurs, lorsque les conjoints de certaines femmes exerçaient un contrôle violent sur leur maternité, en refusant une IVG ou en les contraignant à en réaliser une, Sophia affirme que son rôle consistait à rappeler ses droits à la patiente : « Mon job à moi, c'était de le lui expliquer qu'elle avait la maîtrise de son corps et de sa maternité ». Quant à Nina, le questionnement sur les violences n'est pas systématique dans sa pratique, or, en tant que pédiatre, elle estime qu'il est de son devoir de veiller à ce que les enfants qu'elle reçoit en consultation vivent dans un contexte familial sain :

> Évidemment, maintenant, les violences intrafamiliales, les violences dans le couple, c'est considéré comme violences faites à enfants depuis déjà quelques années.

> Alors qu'avant, ce n'était pas considéré comme violence faite à enfants. […] Alors, forcément, on ne l'aborde pas comme ça de plein fouet, mais on essaye de voir le respect de l'un pour l'autre dans le couple. Il y a des fois, des mamans qui vont vite l'aborder, assez spontanément. Et puis, d'autres, ça a dû prendre 4 ou 5 rendez-vous avant. Déjà que la confiance s'installe, le climat. […] Donc, en fait, les outils, c'est le temps, déjà, de prendre le temps, d'installer la sécurité émotionnelle dans le lieu affectif pour que la parole puisse être facile, libérée, que la personne se sente en sécurité. […] Il peut aussi y avoir un contrôle sur les enfants, […] là l'enfant il est en insécurité émotionnelle et ça retentit sur ses apprentissages, son alimentation, etc. Donc c'est ça qui m'a donné aussi plus de bagages, plus de sécurité pour aborder ces choses-là, pas en frontale, mais quand même les aborder. […] Vraiment aborder les choses, en repartant aussi des choses factuelles quoi, mais du coup en étant plus sûre de moi. Je suis dans mon bon droit de poser ça quoi, je suis légitime à faire ça dans mon boulot de pédiatre, je suis légitime à m'intéresser à ça.
> **Nina, 45 ans, pédiatre**

Même si le questionnement à propos des antécédents de violences n'est pas nécessairement systématique dès la première consultation chez Camille, Sophia et Nina, ces médecins s'emparent tout de même de leur rôle de dépistage. Elles veillent à aborder ces questions auprès de leurs patient.e.s, en particulier lorsqu'une relation de confiance a pu être progressivement établie. Pour Samuel, sa pratique de médecins urgentiste ne permet pas d'aborder systématiquement les antécédents de violences chez ses patient.e.s, mais sa courte formation au repérage des signaux alarmants permet d'orienter les patientes potentiellement victimes de violences vers l'infirmière « sentinelle » de son service. Il indique ne pas hésiter à faire appel à l'infirmière présente en continu, dès l'instant où il repère un signe d'alerte chez les patientes qui se présentent à lui aux urgences.

> […] Nous, on est formés sur le plan médical, mais malheureusement, on doit chercher des problématiques sociales et autres. Et ça, c'était vraiment compliqué. Du coup, tu as des remords. Et donc, il y a une collègue qui a développé [la sentinelle] avec des infirmières qui, elles, connaissent les structures qui peuvent les accueillir, les hébergements d'urgence, les aides sociales, voilà. […] Le problème de l'hôpital public, c'est que tu dois gérer... Le contexte médical, le contexte familial, le contexte social. Et en fait, toutes ces problématiques-là, on n'est pas formé à le faire, mais ce n'est pas notre métier. Mais c'est pour ça que cette sentinelle, c'est parfait, parce qu'elle, vraiment, elle est dédiée à ça, et elle est formée pour ça, et elle prend le temps pour ça, également. Parce que si on devait, nous, faire les interrogatoires à la place des sentinelles, ça veut dire qu'on doit gérer ça, sachant que nous, le flux de patients continue d'arriver, et ce ne serait pas gérable.
> **Samuel, 36 ans, médecin urgentiste.**

Samuel précise qu'un interrogatoire est systématiquement réalisé par l'infirmière « sentinelle » avant le retour au domicile des patientes. Ainsi, sa pratique d'urgentiste ne se prête pas nécessairement à un questionnement systématique des violences, en raison du manque de temps et de la nécessité de prendre en charge chaque urgence au mieux. Il porte toutefois une attention particulière aux signaux alarmants chez les patientes, ce qui montre qu'il s'empare malgré tout de son rôle de repérage, en dépit du contexte spécifique des urgences et de ses limites. De son côté, Ophélia ne questionne pas ses patient.e.s sur de potentiels antécédents violents. Par ailleurs, un extrait d'entretien d'Ophélia, à propos d'une situation d'alerte, montre la difficulté de réagir face à une suspicion de violences. Son récit met en évidence les incertitudes qui peuvent traverser la pratique médicale dans ce type de situation : savoir quel rôle adopter, jusqu'où questionner la patiente, comment interpréter les signes d'alerte, mais aussi comment agir lorsque la personne potentiellement victime de violences ne souhaite pas parler ou ne formule pas explicitement de demande d'aide.

Extrait d'entretien avec Ophélia, 31 ans, oncologue médicale :

L : Est-ce que tu as déjà eu des patientes victimes de violences conjugales ?

O : J'en ai eu une fois.

L : Ok. Et c'est toi qui l'as remarqué ?

O : C'est plus moi qui l'ai remarqué, mais elle ne m'en a pas trop parlé. C'est une suspicion, entre guillemets. Mais elle avait des marques bizarres. Je lui demandais qu'est ce qu'il lui était arrivé et elle me disait que c'était rien. Et elle se comportait un peu bizarrement. Elle était un peu craintive, un peu, beaucoup sur la défensive et tout. Je me suis dit que c'était ça. Mais après, je te dis ça, je ne suis pas certaine. Mais non, sinon non.

L : Et tu l'as signalé à quelqu'un ?

O : Non. J'en ai parlé à mes collègues, et on s'est dit, non après de toute façon, si elle ne veut pas en parler…

L : Est-ce qu'il y a des psychologues dans le service, ou des personnes à qui tu pourrais confier tes suspicions ?

O : Oui, tout à fait. Ça, je le dis en général. Quand je pense qu'il y a des violences, je le dis à la psychologue. C'est souvent la psychologue qui s'en occupe. Mais j'avoue que, très honnêtement, parfois, c'est un peu pour me protéger dans le sens où… je n'ai pas envie de savoir, c'est déjà dur. Je sais que la psychologue fait ça très bien, les assistantes sociales font ça très bien. Moi, d'un point de vue médical, je n'ai rien à apporter. Sauf si, bien sûr, elle a un problème médical, comme des bleus.

Cet extrait d'entretien montre que, dans son quotidien déjà difficile d'oncologue, Ophélia peut adopter une forme de réaction d'évitement face à une suspicion de violences chez

une patiente. Elle exprime une volonté de se protéger, en mettant à distance une réalité qu'elle perçoit comme lourde à recevoir et difficile à prendre en charge dans le cadre de sa pratique. Son récit permet de comprendre que l'évitement ne relève pas nécessairement d'une absence totale de conscience des violences, mais peut aussi être lié à la charge émotionnelle que représente leur repérage. Ophélia semble de même considérer que son intervention devient légitime seulement lorsque les violences se traduisent par un « problème médical » directement visible ou identifiable, comme des bleus. En-dehors de ces manifestations physiques, elle estime ne pas avoir réellement « à apporter », et préfère déléguer l'accompagnement à d'autres professionnel.le.s perçu.e.s comme plus compétent.e.s ou plus légitimes. Cet extrait révèle donc une tension importante dans l'identification du rôle médical : entre la reconnaissance possible de signaux d'alerte, la difficulté à les prendre en charge, et une conception parfois restreinte de ce qui relève du champ d'intervention.

Ainsi, les entretiens démontrent des pratiques différenciées de repérage des violences chez les médecins interrogé.e.s. La plupart d'entre elleux valorisent l'importance d'un questionnement des patient.e.s à ce sujet, même si celui-ci prend des formes variables : il peut être systématique, intégré à l'interrogatoire habituel, dépendre des situations rencontrées, ou encore être abordé progressivement, une fois qu'une relation de confiance s'est instaurée. Toutefois, les entretiens montrent également que tou.te.s les médecins ne s'emparent pas de ce rôle de la même manière. Certain.e.s vont davantage orienter les patientes vers d'autres professionnel.le.s, tandis que d'autres abordent peu, voire pas du tout, la question des violences dans leur pratique. Le dépistage des violences apparaît donc comme un rôle médical inégalement investi, entre questionnement systématique, délégation vers d'autres professionnel.le.s et évitement.

4.3 TRAVAILLER EN RÉSEAU POUR ACCOMPAGNER LES PATIENTES VICTIMES DE VIOLENCES

Comme cela a pu être constaté, les médecins interrogé.e.s peuvent faire la démarche d'orienter les patientes vers d'autres professionnel.le.s, tantôt face à un manque de ressources, d'outils ou de légitimité ressentie, tantôt dans l'objectif de permettre un accompagnement plus spécifique et adapté à leurs situations. Plusieurs médecins ont partagé l'intérêt de pouvoir faire appel à un réseau composé de divers.e.s professionnel.le.s et de structures spécialisées dans leur pratique quotidienne. La présence d'un réseau permet aux médecins d'orienter les patientes vers d'autres professionnel.le.s,

mais aussi de réfléchir à leurs propres pratiques, de travailler collectivement et de s'appuyer sur les expertises de chacun.e afin de proposer un accompagnement plus adapté aux situations rencontrées. Nina a largement abordé le soutien apporté par son réseau en tant que pédiatre, notamment grâce à l'association de l'Institut de la parentalité de Rennes, dont elle est la co-fondatrice. Les Instituts de la Parentalité, présents en France, réunissent des équipes pluridisciplinaires médicales et paramédicales autour de la théorie de l'attachement, afin de prévenir certaines difficultés psychologiques et développementales chez les enfants et leur famille. Concernant les mères qui souffrent d'une surcharge de travail domestique, de fatigue extrême ou de stress, Nina tente de trouver des relais pour les aider. Elle explique l'importance de connaître les structures présentes sur son territoire, comme l'association SuperMamans fondée sur l'entraide et présente à Rennes : « Les bénévoles amènent un petit plat tout chaud, elles viennent plier du linge avec la maman. Donc ça, c'est de la sororité pour se soutenir. Et le but, c'est qu'après, une fois que la maman ça va, elle va pouvoir soutenir une autre maman sur Rennes ! ». En plus d'orienter les familles qu'elle reçoit en consultations vers des structures de soutien, Nina travaille étroitement avec d'autres professionnel.le.s, ainsi que des structures comme la PMI (Protection Maternelle et Infantile) de Rennes ou l'UAPED (Unité d'Accueil Pédiatrique Enfants en Danger), afin de trouver du soutien en tant que soignante pour accompagner au mieux les enfants et les femmes victimes de violences.

> […] À chaque fois, on s'aide, on se soutient avec la psychologue, la PMI. On est en lien dans notre réseau, on a des personnes avec qui on travaille volontiers. Des kinés, par exemple, parfois, c'est eux qui vont me le dire pour les violences. […] Ça nous arrive aussi de faire des informations préoccupantes ou des signalements, quand on pense qu'il y a danger pour l'enfant. […] En fait, moi, si j'ai le doute, je vais appeler l'UAPED. Chaque urgence, maintenant, a un lien avec l'UAPED. C'est plus pour les enfants. Mais en fait, je peux m'aider. Et notamment, on a une référente, je vais envoyer un mail, je vais l'appeler pour voir la façon de procéder la plus adéquate. Et à Rennes, on a la Maison des femmes. Je peux les appeler aussi, voir à quel moment je fais signalement, pas signalement, informations préoccupantes, etc. Même parce qu'on sait que ça a un impact sur l'enfant, donc, de toute façon, moi, j'ai aussi mon devoir de protéger aussi l'enfant. […] Je demande à la femme « Est-ce que vous êtes d'accord que j'appelle votre médecin traitant ? », pour essayer de faire réseau, pour déjà qu'on se communique aussi un peu les infos qu'on a entre les différents professionnel.le.s.
>
> **Nina, 45 ans, pédiatre.**

Dans sa pratique de psychiatre, Camille travaille de manière étroite avec l'assistante sociale de son service dès lors qu'une de ses patientes partage des récits de violences : « Avec l'assistante sociale, on l'oriente vers les structures qui peuvent lui correspondre le

mieux. L'idée, c'est vraiment qu'il y ai le maximum d'aide pour reprendre son quotidien après l'hospitalisation ». Camille explique qu'il existe aussi dans son service des procédés de mise à l'abri des femmes victimes de violences, en les orientant vers des cliniques ou des associations d'accueil spécialisées afin que ces femmes n'aient pas à retourner dans leur domicile. Théo veille lui aussi a développer un « carnet d'adresses des associations locales », qui lui permet d'orienter ses patientes victimes de violences conjugales afin qu'elles bénéficient d'un accompagnement spécifique, notamment dans le cadre d'un départ du domicile ou d'un dépôt de plainte. Ce médecin généraliste précise que, pour avoir connaissance des structures locales et des démarches à suivre, il a la possibilité de contacter la ligne d'écoute nationale 3919, un numéro spécifique pour les violences faites aux femmes. Quant à Samuel, il indique qu'une liste de structures, notamment d'hébergements d'urgence et des associations spécialisées, est présente dans le bureau de l'infirmière « sentinelle » de son service. Ce médecin urgentiste a de même mentionné l'existence d'une cellule médico-psychologique pour les professionnel.le.s de santé, qui permet notamment d'accueillir la parole des professionnel.le.s impacté.e.s par les récits de violences rapportés par leurs patient.e.s. Pour sa part, Gabriel met l'accent sur l'importance de partager et d'échanger entre collègues autour des situations de violences, non seulement afin d'accompagner au mieux les personnes concernées, mais aussi pour se sécuriser en tant que médecin et se sentir soutenu.e dans sa pratique.

> Je n'ai jamais été confronté à la situation en temps réel. Je pense que le jour où ça m'arrivera, c'est clair que j'appellerai un collègue, quelqu'un d'autre, pour demander un avis, pour être sûr que je cadre bien la chose. […] Je pense que discuter en tout cas avec ses collègues de sujets comme ça, ça reste hyper précieux et ça permet vraiment de s'assurer qu'on prend la bonne décision.
> **Gabriel, 25 ans, interne en médecine générale.**

Ainsi, ces récits montrent que le travail en réseau constitue un appui important dans l'accompagnement des patientes victimes de violences. Le réseau apparaît à la fois comme une ressource pour les patientes, qui peuvent bénéficier d'une prise en charge plus spécifique, mais aussi comme un soutien pour les médecins elleux-mêmes. Il permet de partager les situations rencontrées, de réfléchir collectivement aux pratiques, de s'appuyer sur les expertises de chacun.e et de ne pas porter seul.e la responsabilité de l'accompagnement : le rôle des médecins peut ainsi se construire dans l'articulation avec d'autres professionnel.le.s.

4.4 LE GENRE COMME DÉTERMINANT SOCIAL DE SANTÉ : UNE NOTION DIFFICILEMENT APPROPRIÉE PAR LES MÉDECINS

Comme cela a été abordé précédemment, l'OMS préconise depuis 2005 à travers les travaux de la CDSS (Commission des Déterminants Sociaux de la Santé), la prise en compte du genre comme déterminant de santé. Cette approche invite à considérer les inégalités entre les femmes et les hommes, les facteurs sociaux, les conditions de vie ainsi que les rapports de pouvoir comme des éléments pouvant influencer la santé des personnes, et notamment celle des femmes. La dernière question du guide d'entretien avait pour but de comprendre dans quelle mesure cette notion peut être mobilisée dans la pratique médicale, non seulement comme un concept théorique, mais aussi comme un outil concret permettant d'interpréter certaines situations rencontrées en consultation. Lors des entretiens, il a donc été demandé aux médecins interrogé.e.s si la notion de genre comme déterminant social de santé leur parlait, et si elle leur semblait pertinente et applicable dans leur pratique. Pour quatre médecins interrogé.e.s, la notion de genre comme déterminant de santé a été comprise dans un sens différent de celui mobilisé dans ce travail. Il leur a été précisé que la prise en compte de ce déterminant relève de la considération des inégalités hommes-femmes, des facteurs sociaux et des conditions de vie des femmes, qui auraient une influence sur la santé de ces dernières. Toutefois, leurs réponses se sont principalement orientées vers l'identité de genre, voire vers l'orientation sexuelle des patient.e.s.

> Je sais que moi, personnellement, dans le service, je n'ai pas beaucoup de... De gens qui n'ont pas le même genre que leur sexe. Mais par contre, ce qui me vient à l'idée, c'est plus ce côté sexualité dans le sens des homosexuels. Parce qu'il y en a, tu le sais, parce qu'ils disent « j'ai une compagne » ou « j'ai un compagnon ».
> **Ophélia, 31 ans, oncologie médicale.**

> Oui, ça a du sens pour moi, Parce que c'est des patients qui n'ont pas le même genre que le sexe qui est attribué à la naissance. Je pense que c'est important de prendre en compte le genre des personnes. On voit pas mal de gens transgenres en consultation. […] Et notamment sur le plan médical, je pense qu'elles subissent des violences.
> **Théo, 38 ans, médecin généraliste.**

> Ce déterminant du genre, oui, ça a du sens. Parce que c'est pour... Dans le fait de prendre la personne déjà dans sa globalité, dans la vision qu'elle a d'elle-même, et respecter ça, en fait. Et c'est important pour eux, quand tu les prends en charge, et que tu... respecte le genre et l'identité.
> **Samuel, 36 ans, médecin urgentiste.**

> […] Si on prend vraiment en binarité homme-femme, où on voit clairement qu'il y a des points communs, on va dire, dans la prise en charge médicale entre les deux,

forcément. Mais il y a aussi des spécificités qu'il faudrait peut-être être, en tout cas, plus sensibilisé et être mieux formé à ça. Et après, avec cette question de genre, et plus récemment, en prenant en charge des personnes trans, quand on voit la fluidité du genre, et toutes les problématiques aussi de santé qu'il peut y avoir autour de ça, toutes les questions sociales que ça pose autour, les questions de discrimination que ça pose aussi, eh bien, oui, oui, je trouve ça hyper important. Et même quand on voit qu'au sein du milieu médical, il y a des discriminations qui sont faites sur le genre, c'est des choses en fait qui ne sont pas normales. Et je pense que, peu importe ses idées, on fait un métier où on vient en aide aux gens. On est là pour les autres et on devrait mettre ses idées de côté. Et en fait, notre mission première, c'est juste d'aider et pas avoir de considérations vis-à-vis de ça. Et quand je reçois des personnes trans, il y en a plein, qui ont rencontré des professionnels de santé qui ont été discriminants, maltraitants, parce que… sur cette question de genre, ça ne reflétait pas leurs opinions. **Gabriel, 25 ans, interne en médecine générale.**

Même si la question a été comprise dans un sens relativement différent de celui attendu, ces réponses n'en demeurent pas moins pertinentes. La transidentité, l'homosexualité, et plus largement les vécus des personnes LGBTQIA+, sont également liés aux rapports sociaux de genre, dans la mesure où le genre constitue une construction sociale qui organise des normes, des attentes et des hiérarchies autour du sexe, des identités et des sexualités. Ces réponses ne correspondaient pas directement au sens donné à la question dans ce travail, mais elles mettent toutefois en évidence l'importance, pour ces médecins, de considérer et de respecter chaque patient.e dans son identité. En se référant à l'identité de genre ou à l'orientation sexuelle, ielles déplacent la question vers d'autres dimensions du genre, qui ne sont pas celles prioritairement visées ici, mais qui restent néanmoins significatives dans la relation de soin. Même si ces réponses s'éloignent des objectifs initiaux formulés autour du genre comme déterminant social de santé, elles peuvent aussi être analysées comme une autre manière d'envisager cette notion. Prendre en compte l'identité des patient.e.s implique en effet de porter attention aux réalités sociales qui peuvent influencer leur santé et leur accès aux soins, telles que l'homophobie, la transphobie, les discriminations ou encore les biais dans la prise en charge médicale. Ainsi, bien que ces réponses ne répondent pas directement à la question posée, elles montrent que la prise en compte du genre peut aussi passer par une attention portée aux identités, aux expériences minorisées et aux rapports sociaux qui traversent la relation médicale. Ces réponses mettent surtout en évidence la complexité d'aborder le terme de « genre », qui peut renvoyer à des réalités différentes selon les personnes. Ce terme peut être chargé, parfois associé en premier lieu aux débats médiatiques et sociaux autour de l'identité de genre ou des sexualités, plutôt qu'à une grille d'analyse des inégalités sociales de santé entre les femmes et les hommes. Cette confusion permet ainsi de comprendre que la notion de genre, bien qu'elle soit centrale

dans l'analyse, ne va pas nécessairement de soi dans le discours des médecins interrogé.e.s. Pour Sophia, gynécologue médicale retraitée, cette question a effectivement été particulièrement difficile à saisir. Elle a témoigné d'une gêne face à la notion de genre, et elle a exprimé une forte hésitation face à ce qu'elle qualifie de sujet « très compliqué ». Lorsque la question lui a été explicitée, notamment à partir d'une comparaison avec d'autres déterminants sociaux de santé, comme le déterminant économique, elle a alors évoqué l'accès aux soins des personnes sans domicile fixe, et plus particulièrement celui des femmes, pour lesquelles les menstruations peuvent être particulièrement difficiles à vivre en situation de précarité. Ce récit montre que, même si la notion de genre comme déterminant de santé semble d'abord complexe à envisager pour Sophia, elle parvient néanmoins à la mobiliser à partir d'un exemple très concret et particulièrement pertinent. La question n'a semblé véritablement claire que pour Camille, pour qui la prise en compte du genre en tant que déterminant de santé apparaît directement applicable dans sa pratique.

> Oui, c'est pertinent, effectivement, étant donné ce qu'on a pu dire, que ce soit au niveau des inégalités, au niveau de la charge mentale, au niveau même des violences, que ce soit psychiques ou physiques, qui sont quand même bien plus faites aux femmes. Je pense que le fait-est que, si tu nais et que tu es une femme, tu es quand même soumise à différentes formes de dangers et, surtout, de facteurs de stress. Et donc, qui dit stress de manière chronique, dit impacts sur la santé. […] Alors, applicable, de quelle manière, ça ? […] Au quotidien, moi, je peux le formaliser, c'est sûr que quand je reçois une femme, et bah, je me pose quand même plus la question de, bah, de tout ça, de tous les facteurs de stress qu'elle peut avoir. Même si, évidemment, je vais le poser aux hommes aussi. Mais oui, tu vas quand même te dire qu'elle est quand même plus soumise à tous ces facteurs de stress là, étant donné qu'elle est quand même née femme, c'est malheureux. […] Donc je pense que c'est tout à fait pertinent et applicable.
> **Camille, 33 ans, médecin psychiatre.**

Chez Camille, le genre a pu être perçu comme un outil pouvant avoir une utilité concrète dans la compréhension et l'accompagnement des patientes, pour analyser les effets des inégalités, des violences et des rôles sociaux sur la santé des femmes. Les entretiens montrent ainsi que les préconisations de l'OMS concernant la prise en compte du genre comme déterminant social de santé ne semblent pas pleinement en phase avec la réalité des médecins interrogé.e.s. Si cette approche apparaît pertinente d'un point de vue théorique, elle se heurte, dans les discours recueillis, à une compréhension partielle et variable du terme de « genre ». Celui-ci apparaît chargé, parfois associé spontanément à l'identité de genre ou à l'orientation sexuelle, plutôt qu'à une grille d'analyse des inégalités entre les femmes et les hommes et de leurs effets sur la santé. Même lorsque la notion a été explicitée durant les entretiens, son appropriation n'a pas toujours semblé

évidente, il apparaît donc complexe d'envisager le genre comme déterminant social de santé dans la pratique médicale si le terme même de « genre » suscite des incompréhensions, des hésitations, voire une forme de gêne.

Ainsi, cette dernière partie d'analyse des entretiens met en évidence une prise de conscience variable du rôle et de la capacité d'agir des médecins interrogé.e.s dans leur pratique. Certain.e.s s'emparent pleinement d'un rôle d'accompagnement, en abordant la charge domestique, les rapports au sein du couple et les éléments de la vie domestique des patientes qui pourraient impacter leur santé, tandis que d'autres investissent ces dimensions de manière plus limitée, voire pas du tout. Les entretiens montrent également que le repérage et l'accompagnement des violences reposent sur des pratiques contrastées : entre questionnement systématique, abord progressif, attention aux signaux d'alerte, orientation vers des structures spécialisées et évitement de certaines situations. Le travail en réseau apparaît alors pour les enquêté.e.s comme une ressource importante, à la fois pour accompagner les patientes victimes de violences et pour soutenir les médecins dans des situations perçues comme complexes. Enfin, cette partie montre que la prise en compte du genre comme déterminant social de santé reste difficilement appropriée par les médecins interrogé.e.s. Si la totalité des médecins interrogé.e.s identifient concrètement les effets des inégalités de genre sur la santé des femmes, la notion de genre demeure chargée, parfois mal comprise, et difficile à mobiliser comme grille de lecture explicite dans la pratique médicale. L'identification du rôle médical face à ces enjeux apparaît donc inégale, dépendant des sensibilisations, des expériences, des ressources et des représentations propres à chaque médecin, mais aussi de la manière dont chacun.e parvient à relier ses constats à une compréhension plus globale des rapports de genre et de leurs effets sur la santé.

5. Des discours médicaux révélateurs d'une prise de conscience dépendante des trajectoires individuelles

Les entretiens réalisés dans le cadre de cette recherche ont permis d'apporter des données qualitatives riches et pertinentes vis-à-vis du sujet : ils sont venus appuyer mais aussi compléter les apports théoriques exposés dans la première partie de ce mémoire.

Il semble que les discours recueillis révèlent une prise de conscience réelle quant aux conséquences des inégalités de genre vécues dans la sphère domestique sur la santé des femmes, mais qui reste dépendante des trajectoires individuelles. L'analyse des entretiens montre d'abord que les médecins interrogé.e.s observent largement les effets

du sexisme et des inégalités de genre vécus dans la sphère domestique sur la santé des femmes. Ces observations et ces réflexions ne concernent pas uniquement les violences conjugales ou sexuelles, mais aussi des formes plus « ordinaires » et moins visibles d'inégalités, comme le partage inégal des tâches domestiques, la charge mentale, les rôles genrés ou encore l'oubli de soi chez les femmes. Par ailleurs, ces éléments viennent compléter les apports théoriques, qui abordaient surtout les conséquences de la charge mentale, mais moins directement la manière dont la prise en charge de la santé des autres pouvait également conduire les femmes à négliger leur propre santé. Les propos des médecins interrogé.e.s permettent donc de donner une dimension très concrète à cette idée d'un *care* genré, déjà abordée à travers les travaux de Fabienne Brugère autour de l'éthique du *care* développée par Carol Gilligan. Cette analyse permet de montrer que les inégalités de genre dans la sphère domestique ne relèvent pas seulement de l'organisation privée du foyer, mais peuvent aussi devenir de véritables enjeux de santé. Les entretiens ont donc permis de combler certaines zones d'ombre de la partie théorique, notamment concernant les effets du sexisme plus ordinaire, moins visible que les violences, mais néanmoins présent dans les parcours de santé des femmes.

Les observations multiples des professionnel.le.s interrogé.e.s démontrent déjà une première étape de prise de conscience, qui s'est construite à partir des réalités rencontrées dans leur quotidien professionnel ; pourtant, ces effets sur la santé n'ont pas été abordés durant leur formation initiale, sauf partiellement pour certain.e.s concernant les violences. Ce constat rejoint les apports théoriques du médecin généraliste Gilles Lazimi, qui évoque une « absence criante de sensibilisation et de formation » des médecins, ainsi que des « stratégies d'évitement, de dénégation, d'occultation » face aux violences (Lazimi, 2021, p.58 & 53). Dans les entretiens, certain.e.s médecins semblent en effet parfois démuni.e.s, peu outillé.e.s ou hésitant.e.s face aux situations inégalitaires, sexistes ou violentes rencontrées par leurs patientes, et certain.e.s préfèrent s'appuyer sur l'expertise d'autres professionnel.le.s. Les récits recueillis montrent que la sensibilisation aux inégalités de genre et aux violences ne se construit pas de manière homogène : certain.e.s médecins font la démarche de se former, de se renseigner ou de questionner systématiquement la vie domestique et les violences, tandis que d'autres investissent moins directement ces enjeux dans leur pratique. Sans formation commune suffisamment structurée, la capacité à repérer, accompagner ou orienter les patientes dépend alors largement des parcours de chacun.e, des situations rencontrées, des sensibilités personnelles et des ressources disponibles.

Concernant plus précisément les violences, les entretiens entrent en dialogue avec les préconisations autour du questionnement systématique, abordées dans les apports théoriques. Certain.e.s médecins interrogé.e.s expliquent en effet que le fait de

questionner les patientes sur les violences peut leur permettre de parler de ce qu'elles vivent ou de ce qu'elles ont vécu. Toutefois, les pratiques restent contrastées, et ce questionnement varie fortement d'un.e professionnel.le à un.e autre. Ces résultats rejoignent également les travaux des médecins généralistes Anne Freyens, Marion Monti, Lauriane Vignocan et Pierre Mesthé, selon lesquel.le.s le dépistage systématique peut être un outil important, à condition que les médecins soient formé.e.s à reconnaître les signes évocateurs et les répercussions des violences sur la santé (2019, p.187). Or, les entretiens montrent justement que certain.e.s médecins ne connaissent pas toujours ces signaux, ou ne savent pas toujours comment réagir lorsqu'ielles les repèrent. En effet, même lorsque les médecins sont attentif.ve.s aux violences, il peut être difficile de savoir jusqu'où aller, notamment lorsque la patiente ne souhaite pas parler, ou lorsque la situation d'emprise et de contrôle coercitif n'est pas clairement identifiable. Cette difficulté rejoint les réflexions de Ghada Hatem-Gantzer autour du consentement de la victime majeure et des situations où le danger est considéré comme avéré, mais où cette limite reste parfois très complexe à déterminer dans la pratique (2021, p.88). Les discours recueillis dans cette enquête montrent ainsi qu'il ne semble pas exister, pour les médecins interrogé.e.s, de protocoles suffisamment clairs ou d'indications précises leur permettant de savoir à quel moment il est possible, ou nécessaire, de déroger au secret médical. La détermination du danger apparaît comme une zone particulièrement floue dans la pratique, notamment lorsque les violences sont suspectées mais non clairement formulées par la patiente. Les entretiens montrent alors l'importance de pouvoir s'appuyer sur un réseau d'autres professionnel.le.s, non seulement pour orienter les patientes, mais aussi pour réfléchir collectivement à l'évaluation du danger, aux démarches possibles et à la manière d'agir sans rester seul.e face à ces situations.

Enfin, l'analyse confirme que le genre comme déterminant social de santé reste difficilement approprié par les médecins interrogé.e.s. Les entretiens rejoignent ici les constats de l'étude menée par les médecins généralistes Camille Levoir, Tiphaine Levoir et Yves-Marie Vincent, qui montrent que des médecins peuvent percevoir les disparités entre les femmes et les hommes sans pour autant considérer le genre comme un facteur à prendre en compte dans leur pratique (2020, p.89). Dans le cadre de ce mémoire, les médecins identifient bien des effets des inégalités de genre sur la santé des femmes, mais le terme de genre reste souvent flou, chargé ou mal compris. La prise de conscience existe donc, mais elle reste inégalement formulée et le concept de genre est difficilement mobilisé comme grille de lecture dans la pratique médicale. Cette difficulté peut aussi être mise en lien avec le guide sur la promotion de la santé au prisme du genre écrit par Jean-Yves Le Talec, Danièle Authier et Sylvie Tomolillo. Selon elleux, « la réponse médicale est incapable de gérer les rapports sociaux structurels, mais, au moins, ce regard

systémique atténue l'importance de la causalité individuelle, déplace le stéréotype au rang de construction de genre dont il convient d'avoir conscience, et permet aux soignant(e)s de porter un regard différent, voire d'intervenir sur la situation » (2019, p.20). Cette idée résonne avec les entretiens, puisque certain.e.s médecins semblent justement tenir compte des conditions de vie ou de la charge domestique dans la santé des patientes, toutefois, cette lecture plus systémique et leur intervention en tant que médecin reste variable et dépend fortement des trajectoires personnelles, de la sensibilisation et des ressources de chacun.e.

Cette recherche démontre que les médecins interrogé.e.s ne sont pas indifférent.e.s à ces enjeux, au contraire, ielles en observent souvent les effets dans leur pratique. Cependant, leur manière de les comprendre, de s'en emparer et d'agir dépend encore beaucoup de leurs expériences, de leur formation, de leurs sensibilités personnelles, des ressources disponibles et du réseau professionnel sur lequel ielles peuvent s'appuyer. Ainsi, les discours médicaux recueillis révèlent une prise de conscience réelle des effets des inégalités de genre et des violences sur la santé des femmes. Toutefois, faute d'une formation initiale suffisante sur ces enjeux, l'identification par les médecins de leur rôle, la manière dont ielles l'investissent, ainsi que les ajustements qu'ielles mettent en place dans leurs pratiques, restent très dépendants de leurs trajectoires individuelles.

Ce bilan permet donc de montrer que les entretiens ont confirmé une grande partie des apports théoriques, tout en apportant des éléments plus concrets sur la manière dont les inégalités de genre se manifestent dans les récits des médecins interrogé.e.s. Ils ont particulièrement permis de rendre visibles les effets du sexisme ordinaire, de la charge domestique, de l'oubli de soi et des violences sur la santé des femmes, à partir de situations directement observées dans leur pratique. Les entretiens montrent également que, malgré une prise de conscience présente chez plusieurs médecins, l'identification de leur rôle et de leur capacité d'agir reste inégale. Cette variabilité semble liée au manque de formation, aux représentations individuelles, aux expériences professionnelles, aux ressources disponibles, mais aussi à la difficulté d'appropriation de certaines notions, comme celle de genre en tant que déterminant social de santé. Ainsi, la prise de conscience des médecins apparaît réelle, mais elle reste encore largement dépendante des trajectoires individuelles et des conditions dans lesquelles chacun.e construit sa pratique.

Conclusion générale et préconisations : la formation comme levier de prise de conscience professionnelle

Ce travail de recherche a été particulièrement riche grâce à la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de médecins. Cette méthode s'est montrée très pertinente pour évaluer leur prise de conscience, dans la mesure où elle permet d'accéder directement à leurs discours, à leurs observations du quotidien, à leurs représentations, mais aussi aux réflexions qu'ielles développent autour des effets des inégalités de genre et du sexisme vécus dans la sphère domestique sur la santé des femmes. Le matériau recueilli s'est montré d'autant plus intéressant que les médecins interrogé.e.s ont partagé de nombreuses situations issues de leur pratique quotidienne, permettant ainsi de saisir de manière concrète la façon dont ces enjeux apparaissent dans les consultations et dans les parcours de santé des patientes. Les entretiens ont également permis de mettre en lumière les hésitations, les questionnements et parfois les difficultés rencontrées par les médecins lorsqu'ielles sont confronté.e.s à ces problématiques dans leur exercice professionnel.

Il serait envisageable de poursuivre ce travail en interrogeant davantage de médecins, voire plus largement d'autres professionnel.le.s de santé, sur les conséquences des inégalités de genre sur la santé. Ce sujet semble encore très peu investi, à la fois dans les sciences humaines et sociales et dans le champ médical. Une limite de cette recherche réside toutefois dans la sélection des personnes interrogées, qui semblaient toutes relativement intéressées et ouvertes à ces thématiques. Il serait donc pertinent, dans le cadre d'une recherche future, d'élargir le panel d'enquêté.e.s à des professionnel.le.s ayant des positionnements plus diversifiés, aussi bien engagé.e.s dans la lutte contre les inégalités de genre que plus distant.e.s ou réticent.e.s face à ces sujets. Une telle démarche permettrait d'aller encore plus loin dans l'analyse de la prise de conscience des médecins et des professionnel.le.s de santé, mais aussi de mieux comprendre les résistances, les incompréhensions ou les freins qui peuvent exister autour de ces questions.

À l'heure où il apparaît de plus en plus frappant que les inégalités de genre peuvent affecter profondément les femmes, les priver parfois de certaines libertés, les enfermer dans des rôles et des normes genrés, et peuvent les exposer à des discriminations, à des violences ou à différentes formes de domination, il semble nécessaire d'interroger davantage leurs effets sur le bien-être et la santé. Pourtant, les inégalités de genre restent encore principalement pensées à travers leur caractère injuste, discriminant ou politique, et beaucoup moins comme des phénomènes

susceptibles d'avoir des conséquences directes et concrètes sur la santé des femmes et sur leurs parcours de soin.

Ce travail a démontré qu'il existe, chez les médecins interrogé.e.s, une prise de conscience réelle des effets des inégalités de genre vécues dans la sphère domestique sur la santé des femmes. Cependant, cette prise de conscience semble principalement se construire à partir des observations du quotidien et des trajectoires individuelles des médecins, plutôt qu'à partir d'une formation initiale commune. La conscientisation de ces enjeux n'apparaît donc pas comme le résultat d'un cadre institutionnel clairement établi, mais davantage comme quelque chose qui dépend encore largement des parcours personnels. Les personnes interrogées dans cette enquête ne sont donc pas égales face à ces enjeux : ielles ne disposent pas des mêmes clefs de compréhension, des mêmes connaissances, des mêmes outils, des mêmes ressources ni des mêmes réseaux pour savoir comment agir, accompagner les patientes ou adapter leurs pratiques professionnelles. Certain.e.s identifient clairement leur rôle de repérage, d'écoute et d'accompagnement, tandis que d'autres semblent plus démuni.e.s ou n'identifient pas toujours la place qu'ielles peuvent occuper face à ces situations. Cette hétérogénéité montre ainsi l'importance de ne pas faire reposer la prise de conscience uniquement sur les trajectoires individuelles et les démarches personnelles de sensibilisation, mais de l'inscrire dans une formation commune et structurée.

Ainsi, la mise en place d'une formation commune durant le cursus universitaire des médecins, et plus largement dans le cursus de l'ensemble des professionnel.le.s de santé, apparaît comme une préconisation centrale à l'issue de ce travail. Une telle formation pourrait permettre de mieux comprendre les effets des inégalités de genre, du sexisme « ordinaire », de la charge domestique, de la charge mentale et des violences sur la santé des femmes. Elle permettrait également de donner aux professionnel.le.s des outils concrets pour repérer ces situations, accueillir la parole des patientes, comprendre certains mécanismes comme l'emprise ou le contrôle coercitif, orienter les patientes et travailler en réseau avec d'autres acteur.rice.s. Plus largement, cette formation pourrait contribuer à construire une culture professionnelle commune autour de ces enjeux, afin que leur prise en compte ne dépende plus uniquement des trajectoires individuelles et des représentations personnelles. La formation apparaît donc comme un levier essentiel de prise de conscience professionnelle pour permettre une meilleure prise en compte des effets des inégalités de genre sur la santé.

Dans son rapport de 2020, *Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique*, le Haut Conseil à l'Égalité (HCE) établit des recommandations allant dans ce sens. Le HCE affirme qu'« il apparaît clairement que la prise en compte des interactions entre sexe et genre dans le domaine de la santé a des

retombées majeures en termes de connaissances scientifiques, de prise en charge médicale, de traitement, de prévention et d'optimisation des coûts de santé » (p.9). Il souligne également la nécessité de construire des politiques publiques intégrant une analyse par le genre, afin de « favoriser au niveau du terrain cette prise de conscience » (p. 9). Ces recommandations résonnent directement avec les résultats de cette enquête : le rapport du HCE permet d'appuyer l'idée qu'une prise en compte du genre en santé ne peut pas reposer uniquement sur des démarches individuelles, mais doit être inscrite dans un cadre institutionnel commun. Parmi les quarante préconisations formulées par le HCE, plusieurs concernent directement la formation initiale et continue des professionnel.le.s de santé :

> **Recommandation 5 :** « Renforcer la formation des soignant.es en prenant en compte l'influence du genre dans les risques de dépression liés aux facteurs socio-économiques et aux violences. »
>
> **Recommandation 27 :** « Renforcer la formation des soignant.es dans la prise en compte de l'impact des parcours de vie sociale et privée dans le développement des troubles anxieux et dépressifs, notamment chez les femmes. »
>
> **Recommandation 28 :** « Améliorer la formation des personnels de santé au repérage et à la prise en charge des femmes victimes de violences. »
>
> **Recommandation 34 :** « Intégrer une formation obligatoire à la thématique Genre et Santé dans le cadre des études de médecine, y compris dans les items du programme officiel du concours de l'internat. La question du dépistage systématique des violences doit faire partie de la formation obligatoire. Associer à ces formations les étudiant.es des professions paramédicales. »
>
> **Recommandation 35 :** « Demander aux pouvoirs publics de veiller à ce que les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS sur les questions de violences sexistes et sexuelles, et plus largement sur les questions de Genre et Santé, conduisent à des programmes de formation au titre du développement professionnel continu. »
>
> (HCE, 2020, p.11, p.12 & p.13)

Ces recommandations résonnent directement avec les résultats de cette enquête : elles montrent que la formation constitue bien un levier central pour transformer une prise de conscience encore inégale en compétence professionnelle partagée.

En guise d'ouverture, il semble nécessaire d'élargir la réflexion sur la prise en compte du genre en santé. Les inégalités de genre touchent les femmes, mais elles peuvent également concerner les personnes LGBTQIA+, les personnes qui ne correspondent pas aux normes de genre établies, ainsi que les hommes, qui peuvent eux aussi subir le poids des attentes sociales et d'un système de genre inégalitaire. Plus

largement, ce travail ouvre donc sur la nécessité de se demander dans quelle mesure toute personne confrontée à ces normes, à ces rapports de pouvoir, à des discriminations ou à des violences peut voir sa santé physique, psychique et sociale affectée. Former les professionnel.le.s de santé à la prise en compte du genre pourrait permettre de mieux intégrer ces réalités dans les pratiques de soin. Il ne s'agirait pas seulement de transmettre des connaissances théoriques sur les inégalités de genre, mais aussi de donner des outils concrets pour repérer les situations où ces inégalités, ces normes ou ces violences peuvent avoir un impact sur la santé et le parcours de soin des patient.e.s. Prendre en compte le genre dans le milieu de la santé reviendrait ainsi à considérer la personne dans son entièreté, dans ses réalités quotidiennes, ses conditions de vie et les rapports sociaux qui peuvent affecter son bien-être et sa santé.

Bibliographie

Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.

Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Seuil.

Brugère, F. (2021). Qu'est-ce que le care ? Dans H. Frouard & C. Halpern (dir.), *La santé : Un enjeu de société* (pp. 223–227). Éditions Sciences Humaines.

Brugère, F. (2021). *L'éthique du « care »* (4e éd.). Presses Universitaires de France.

Buscatto, M. (2019). La fabrique des filles et des garçons. Dans *Sociologies du genre* (2e éd., pp. 21–59). Armand Colin.

Casini, A., & Jacquet, I. (2013). Intégrer la dimension du « genre » dans les programmes de formation des professionnels de la santé. Dans F. Parent & J. Jouquan (dir.), *Penser la formation des professionnels de la santé* (pp. 153–168). De Boeck Supérieur.

Clair, I. (2023). *Sociologie du genre* (2e éd.). Armand Colin.

Conseil national de l'Ordre des médecins. (2024, novembre). *Résultats de l'enquête sur les violences sexistes et sexuelles au sein du corps médical*. URL : https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/enquete-violences-sexistes-sexuelles-vss

Court, M., Bertrand, J., Bois, G., Henri-Panabière, G., & Vanhée, O. (2016). Qui débarrasse la table ? Enquête sur la socialisation domestique primaire. *Actes de la recherche en sciences sociales, 215*(5), 72–89.

Delphy, C. (1998). *L'ennemi principal. Tome 1 : L'économie politique du patriarcat*. Syllepse.

Dunezat, X. (2016). La sociologie des rapports sociaux de sexe : Une lecture féministe et matérialiste des rapports hommes/femmes. *Cahiers du Genre, HS 4*(3), 175–198.

Durkheim, É. (2014). Chapitre premier – Représentations individuelles et représentations collectives. Dans *Sociologie et philosophie* (pp. 1–39). Presses Universitaires de France. Œuvre originale publiée en 1898.

Engel, G. L. (1997). From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain. *Psychosomatic Medicine, 39*(6), 581–590.

Fédération hospitalière de France. (2025, 8 mars). *Enquête inédite Ipsos x FHF « Santé des femmes » : Quand les biais sexistes compromettent la santé des femmes*. URL : *https://www.fhf.fr/actualites/communiques-de-presse/enquete-inedite-ipsos-x-fhf-sante-des-femmes-quand-les-biais-sexistes-compromettent-la-sante-des*

Freidson, E. (1970). *Professional dominance: The social structure of medical care*. Atherton Press.

Freyens, A., Monti, M., Vignocan, L., & Mesthé, P. (2019). Femmes victimes de violences sexuelles : Attitudes attendues de la part de leur médecin. *Sexologies, 28*(4), 183–190.

Galtung, J. (1990). Cultural violence. *Journal of Peace Research, 27*(3), 291–305.

Garcia-Moreno, C., Guedes, A., & Knerr, W. (2012). *Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes : Conséquences sur la santé* (WHO/RHR/12.43).

Organisation mondiale de la Santé. URL : https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2bc97ea8-d0c3-4c9f-adc2-b3a9971cf6b6/content

Gatelier, K., & Dijkema, C. (2018). Violence structurelle : Comprendre les racines des inégalités. *Alternatives Non-Violentes, 188*(3), 23–25.

Gruev-Vintila, A. (2023). *Le contrôle coercitif : Au cœur de la violence conjugale*. Dunod.

Guillaumin, C. (1978). Pratique du pouvoir et idée de nature. *Questions féministes, 2–3*.

Haicault, M. (2022). La charge mentale : Une histoire, des modes d'organisation, un cadre conceptuel. Dans S. Patron (dir.), *Récits de la charge mentale des femmes : Small stories* (2) (pp. 21–42). Hermann.

Hanmer, J., & Kelly, E. L. (1977). Violence and the social control of women. *Questions féministes, 1*, 68–88.

Hatem-Gantzer, G. (2021). Rôle du professionnel de santé dans le dépistage et la prise en charge des violences intrafamiliales. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie, 30*(3), 84–89.

Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. (2018, 29 juin). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*. URL : https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/rapport-actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et-mettre-fin-des-violences-longtemps-ignorees

Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. (2020). *Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : Un enjeu de santé publique*. URL : https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/rapport-prendre-en-compte-le-sexe-et-le-genre-pour-mieux-soigner-un-enjeu-de-sante-publique

Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. (2024, 23 janvier). *6e état des lieux du sexisme en France : S'attaquer aux racines du sexisme*. URL : https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/rapport-6eme-etat-des-lieux-du-sexisme-en-france-sattaquer-aux-racines-du-sexisme

Héritier, F. (1996). *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*. Odile Jacob.

Ibos, C. (2012). La mondialisation du care. Délégation des tâches domestiques et rapports de domination. *Métropolitiques*. URL : https://metropolitiques.eu/La-mondialisation-du-care.html

Ibos, C. (2021). Travail domestique/domesticité. Dans J. Rennes (dir.), *Encyclopédie critique du genre* (pp. 784–794). La Découverte.

Insee. (2012). *Données détaillées de l'enquête Emploi du temps 2009-2010*. *Insee Résultats, 130*. URL : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2118074

Jaspard, M. (2005). Les violences envers les femmes : Une reconnaissance difficile. Dans M. Maruani (dir.), *Femmes, genre et sociétés : L'état des savoirs* (pp. 148–156). La Découverte.

Kabengele Mpinga, E., & Chastonay, P. (2005). Santé et droits humains : Perceptions de leurs défenseurs et des professionnels de santé. *Santé Publique, 17*(3), 371–383.

Kelly, L. (1987). The continuum of sexual violence. Dans J. Hanmer & M. Maynard (dir.), *Women, violence and social control: Explorations in sociology*. Palgrave Macmillan.

Kergoat, D. (2005). Rapports sociaux et division du travail entre les sexes. Dans M. Maruani (dir.), *Femmes, genre et sociétés : L'état des savoirs* (pp. 94–101). La Découverte.

Kergoat, D. (2012). *Se battre, disent-elles…* La Dispute.

Laufer, J. (2005). Domination. Dans M. Maruani (dir.), *Femmes, genre et sociétés : L'état des savoirs* (pp. 67–75). La Découverte.

Lazimi, G. (2021). Rôle des généralistes dans le repérage et l'accompagnement des femmes victimes de violences. Dans R. Coutanceau & M. Salmona (dir.), *Violences conjugales et famille* (pp. 52–63). Dunod.

Le Talec, J.-Y., Authier, D., & Tomolillo, S. (2019). *La promotion de la santé au prisme du genre : Guide théorique et pratique*. Presses de l'EHESP.

Levoir, C., Levoir, T., & Vincent, Y. (2020). Genre et santé : Quelles sont les représentations des médecins généralistes sur les disparités en santé entre les hommes et les femmes ? *Médecine, 16*(2), 84–90.

Mildorf, J. (2022). Charge mentale et violence domestique : Une approche des récits de femmes en termes de small stories. Dans S. Patron (dir.), *Récits de la charge mentale des femmes : Small stories* (vol. 2, pp. 43–62). Hermann.

Milewski, F. (2019). Les inégalités entre les femmes et les hommes. Dans *Les mutations de la société française : Les grandes questions économiques et sociales II* (pp. 69–90). La Découverte.

Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. (2024, 19 novembre). *Lettre de l'Observatoire des violences faites aux femmes* (n° 22). Gouvernement français. URL : https://arretonslesviolences.gouv.fr/focus/lettre-de-lobservatoire-national-des-violences-faites-aux-femmes-ndeg22-les-violences

Ndobo, A. (2010). Le sexisme. Dans *Les nouveaux visages de la discrimination* (pp. 103–116). De Boeck Supérieur.

Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Commission des Déterminants sociaux de la Santé : Rapport du Secrétariat* (A62/9). URL : https://iris.who.int/handle/10665/2549

Organisation mondiale de la Santé. *(2020). Documents fondamentaux (49e éd.)*. Organisation mondiale de la Santé. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-fr.pdf

Rolland, C., & El Khoury, F. (2023). Les inégalités de santé entre les femmes et les hommes sont longtemps restées ignorées et demandent encore à être mieux définies, comprises et mesurées. *Santé Publique, 35*(4), 363–365.

Sarlet, M., & Dardenne, B. (2012). Le sexisme bienveillant comme processus de maintien des inégalités sociales entre les genres. *L'Année Psychologique, 112*(3), 435–463.

Schweyer, F.-X. (2024). Sociologie des professions du champ sanitaire et social. Dans M. Louazel & E. Ollivier (dir.), *Le management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé* (2e éd., pp. 129–146). Presses de l'EHESP.

Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. (2023). *Vécu et ressenti en matière de sécurité : Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité – Rapport d'enquête 2023*. Ministère de l'Intérieur. URL : https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-2023-victimation-delinquance-et-sentiment-d-insecurite

Annexe 1 : Grille d'entretien

Parcours professionnel et portrait socioprofessionnel

1. Pouvez-vous vous présenter brièvement ?
(âge, profession, spécialité, type de structure dans laquelle vous exercez, statut, ancienneté dans le métier, secteur : public/privé/libéral, etc.)

2. Pouvez-vous retracer votre parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui ?
(études initiales, formations complémentaires, expériences professionnelles, lieux d'exercice)

Thématique 1 : Les différences femmes-hommes vis-à-vis de la santé

1. Au fil de votre carrière, avez-vous observé des tendances différentes chez les femmes et chez les hommes en matière de santé ?

2. Dans votre pratique quotidienne, avez-vous l'impression qu'il existe des différences dans la manière dont les hommes et les femmes vivent leur santé ou leur rapport aux soins ?

Thématique 2 : Les inégalités femmes-hommes

1. Dans quelle mesure vous sentez-vous informé.e ou sensibilisé.e au sujet des inégalités entre les femmes et les hommes ?

2. Selon vous, les inégalités femmes-hommes peuvent-elles avoir des effets concrets sur la santé ou le parcours de soins des individus ?

Thématique 3 : Vie domestique, charge mentale et santé

1. Dans votre pratique, dans quelle mesure la vie domestique et familiale de vos patientes apparaît-elle comme un facteur influençant leur bien-être ou leur état de santé ?

2. Observez-vous des différences entre les femmes et les hommes concernant la charge de travail domestique ?

3. La notion de "charge mentale" vous semble-t-elle pertinente pour comprendre certaines difficultés de santé rencontrées par vos patientes ?

4. Abordez-vous ces questions de vie domestique, de charge mentale ou de répartition des rôles domestiques au cours de vos consultations ?

Thématique 4: les violences conjugales

1. Dans votre profession, la question des violences conjugales se présente-t-elle parfois à vous ?

2. Durant votre carrière, avez-vous déjà été confronté.e à des situations de violences vécues par vos patientes ?

3. Arrivez-vous à identifier des situations de violences chez vos patientes ? Permettez-vous d'aborder ces sujets en consultation ?

4. Avez-vous recours à des orientations vers d'autres professionnel.le.s ou structures du champ social ou médico-social ?

5. Selon vous, quelles peuvent être les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes concernées ?

Thématique 5 : Formation et sensibilisation aux inégalités femmes-hommes et aux violences

1. Les questions liées aux inégalités femmes-hommes et aux violences ont-elles été abordées au cours de vos études en médecine ?

2. Avez-vous, à titre professionnel ou personnel, recherché des informations ou des ressources sur ces thématiques en dehors de votre formation initiale ?
(Formations complémentaires, diplômes universitaires, associations, lectures, ressources en ligne, colloques, etc).

3. Dans quelle mesure vous sentez-vous aujourd'hui outillé.e pour repérer et prendre en compte ces enjeux dans votre pratique professionnelle ?

4. Estimez-vous que les professionnel.le.s de santé devraient bénéficier d'une formation ou d'une sensibilisation renforcée sur ces sujets ?

Thématique 6 : Le genre en tant que déterminant social de santé

Selon l'OMS, les déterminants sociaux de la santé renvoient aux conditions sociales, économiques et environnementales qui influencent l'état de santé des individus. Depuis 2005 (la création de la Commission des déterminants sociaux de la santé), le genre est envisagé comme un déterminant social de la santé. Le genre en tant que déterminant permettrait de prendre en compte les inégalités sociales entre les femmes et les hommes et leurs effets sur la santé.

1. La notion de genre a t'elle du sens pour vous ? Comment la définiriez-vous avec vos propres mots ?

2. Que pensez-vous de l'intégration du genre comme déterminant social de santé dans les recommandations institutionnelles ou internationales, comme celles de l'OMS ?

3. Dans quelle mesure cette approche vous semble-t-elle pertinente ou applicable dans votre pratique quotidienne de soignant.e ?