

LA DISTANCIATION PROFESSIONNELLE DES GYNÉCOLOGUES : POURQUOI CERTAINS REFUSENT-ILS DE CONSULTER LEURS PROCHES ?

Ablakpa Jacob AGOBE
Université Félix Houphouët-Boigny
E-mail : jacobagobe@yahoo.fr

Soumission : 12/03/2025

Acceptation : 05/04/2025

Résumé : L'étude explore la distanciation professionnelle des gynécologues ivoiriens face à leurs proches. Inscrite dans une approche compréhensive, elle mobilise une triangulation qualitative combinant entretiens semi-directifs, observations participantes et analyse de récits de pratiques. L'objectif est d'analyser les logiques sociales et symboliques sous-jacentes à ce refus. Les résultats révèlent une tension entre les normes déontologiques, les attentes culturelles et l'impératif d'objectivation clinique. La proximité affective induit un inconfort éthique, un risque de jugement moral et une altération de la neutralité professionnelle. La discussion met en lumière l'intersection entre habitus médical, régulations sociales et gestion des émotions dans l'espace clinique. En conclusion, cette distanciation s'inscrit dans une rationalité située, où le maintien de la posture médicale prime sur les impératifs relationnels, redéfinissant ainsi les frontières entre sphères privée et professionnelle.

Mots-clés : distanciation professionnelle, gynécologues, proches.

Abstract: This study explores the professional distancing of Ivorian gynecologists from their relatives. Using a comprehensive approach, it employs a qualitative triangulation combining semi-directive interviews, participant observation and analysis of practice accounts. The aim is to analyze the social and symbolic logic underlying this refusal. The results reveal a tension between ethical standards, cultural expectations and the need for clinical objectivity. Emotional proximity leads to ethical discomfort, a risk of moral judgement and an alteration in professional neutrality. The discussion highlights the intersection

between medical habitus, social regulations and the management of emotions in the clinical setting. In conclusion, this distancing is part of a situated rationality, where maintaining the medical posture takes precedence over relational imperatives, thus redefining the boundaries between the private and professional spheres.

Keywords: professional distancing, gynecologists, relatives.

Introduction

Plusieurs constats empiriques conduisent à l'éclairage de cet objet d'étude. Premièrement, certains gynécologues expriment des réticences à consulter leurs proches, considérant que l'objectivité et la distance professionnelle sont essentielles pour garantir la qualité des soins. Ils préfèrent orienter leurs proches vers des collègues afin de maintenir une séparation entre leur rôle de médecin et leur rôle familial.

Deuxièmement, les gynécologues ressentent souvent un inconfort émotionnel lorsqu'il s'agit de traiter des membres de leur famille, en particulier pour des consultations liées à des sujets intimes (santé reproductive, interruption volontaire de la grossesse (IVG), contraception). Ce malaise découle de la difficulté à séparer les dynamiques personnelles et professionnelles.

Troisièmement, certains médecins craignent que la relation médicale nuise à leurs liens familiaux, en compliquant l'interaction affective et en réduisant l'intimité et la confiance dans la relation familiale.

Enfin, l'importance de respecter les principes déontologiques liés à la confidentialité et à l'autonomie du patient conduisent également les gynécologues à préférer la consultation d'un collègue, afin de protéger la vie privée de leurs proches.

Le paradoxe qui émerge de ces constats réside dans le fait que, bien que la relation médecin-patient soit traditionnellement caractérisée par un lien de confiance et de proximité, la proximité

familiale est vue comme un obstacle à cette relation de soin optimale. Les médecins, censés offrir des soins objectifs et professionnels, se retrouvent dans une situation où leur rôle de médecin entre en conflit avec leur rôle de membre de la famille. Ce conflit suggère qu'un détachement émotionnel est nécessaire pour assurer la qualité des soins, mais qu'il peut paradoxalement affecter la qualité de la relation familiale.

La question de recherche qui émerge de ce paradoxe est : pourquoi certains gynécologues refusent-ils de consulter leurs propres proches et préfèrent-ils solliciter l'expertise d'un collègue ?

L'hypothèse qui se dégage de cette question est formulée ainsi : les gynécologues évitent de consulter leurs proches et préfèrent solliciter un collègue en raison de la nécessité de préserver la neutralité professionnelle, d'éviter les biais émotionnels et d'assurer une prise en charge conforme aux normes déontologiques, tout en minimisant les tensions relationnelles et les enjeux liés à l'intimité dans la relation soignant-soigné.

Cette hypothèse suggère que des facteurs éthiques, émotionnels et relationnels jouent un rôle central dans ce choix, lequel reflète une stratégie visant à maintenir l'équilibre entre les exigences professionnelles et les dynamiques.

La valeur scientifique de cette étude réside dans sa capacité à éclairer les dynamiques professionnelles inhérentes à la relation médecin-patient, en mettant en exergue les tensions dialectiques entre les impératifs déontologiques, les affects personnels et les injonctions normatives émanant de la sphère familiale. En problématisant la gestion des proximités affectives dans un cadre médical, elle offre un apport critique à la compréhension des pratiques professionnelles et des modalités d'autorégulation des médecins confrontés aux situations où l'intime et l'éthique s'entrecroisent. Cette analyse participe à enrichir les débats sociologiques et éthiques sur la pratique médicale, notamment en interrogeant les dispositifs de

distanciation relationnelle et les stratégies mises en œuvre pour préserver l'intégrité du soin dans des configurations où les frontières entre les rôles sociaux et professionnels.

L'étude pourrait aussi offrir des pistes de réflexion sur la manière dont les normes culturelles et les valeurs sociales influencent la pratique médicale et la gestion des frontières professionnelles. Elle permettra de mieux saisir comment la profession médicale est vécue par les praticiens dans des situations émotionnellement complexes.

Sur le plan social, cette recherche peut éclairer les tensions auxquelles sont confrontés les professionnels de santé lorsqu'ils doivent naviguer entre leurs responsabilités familiales et professionnelles. Elle pourrait aussi avoir des implications pour la formation des médecins en abordant les dilemmes éthiques liés à la gestion des relations familiales dans la pratique clinique. En outre, elle permettrait de mieux comprendre comment les patients, en particulier les proches des médecins, perçoivent le refus de leur médecin de les consulter et les impacts émotionnels de cette pratique sur la famille.

La relation soignant-soigné a été largement explorée dans la littérature scientifique, notamment à travers l'analyse des dynamiques structurelles et organisationnelles qui façonnent l'interaction thérapeutique et influencent la continuité ainsi que la qualité des soins.

Les recherches menées par Keijzer (2019), Lagneau (2016) ainsi que le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français en collaboration avec le Groupe de Recherche en Obstétrique et Gynécologie (2011) montrent que de nombreuses femmes ont admis avoir interrompu leur suivi gynécologique régulier depuis plusieurs années. Cette situation s'explique par divers facteurs, notamment les longs délais d'attente et des expériences négatives liées à l'attitude de certains gynécologues. Par ailleurs, une étude portant sur les obstétriciens a évalué leurs connaissances théoriques et pratiques dans la prise en charge chirurgicale des hémorragies du post-partum (HPP) et

a examiné l'utilisation des traitements chirurgicaux. Les résultats ont révélé qu'un nombre significatif de praticiens déclarait, sous couvert d'anonymat, ne pas maîtriser de manière adéquate ces techniques.

Ces constats soulignent la nécessité cruciale de renforcer les formations médicales continues afin de favoriser l'apprentissage et la maîtrise des techniques chirurgicales essentielles, permettant ainsi une prise en charge plus efficace et sécurisée des situations critiques, telles que les hémorragies du post-partum. Une telle démarche contribuerait non seulement à améliorer les compétences des praticiens, mais également à renforcer la confiance des patients envers le corps médical, en offrant des soi.

1. Ancrage théorique et méthodologique

L'analyse de la distanciation professionnelle des gynécologues ivoiriens mobilisa trois théories sociologiques majeures. La théorie de la neutralité affective de Parsons (1951) permit d'expliquer la nécessité d'un retrait émotionnel du médecin dans l'interaction soignante, justifiant le refus de consulter un proche pour préserver l'objectivité clinique. La sociologie des professions d'Eliot Freidson (1970) apporta un éclairage sur la construction de l'identité professionnelle et les normes de régulation interne qui légitimèrent ce type de distanciation. Enfin, l'habitus médical chez Bourdieu (1979) permit d'appréhender comment les dispositions intériorisées façonnèrent la relation médecin-patient, rendant l'implication affective problématique. Toutefois, ces théories souffrirent de limites épistémologiques : Parsons naturalisa la séparation émotionnelle sans saisir sa dimension contextuelle, Freidson négligea l'impact des structures culturelles locales, et Bourdieu minimisa les tensions individuelles face aux injonctions normatives.

Méthodologiquement, cette étude s'inscrit dans une approche qualitative triangulée, menée à Abidjan, précisément à

l'Hôpital Général de Yopougon. L'échantillonnage raisonné permit de sélectionner des gynécologues selon des critères d'inclusion stricts : exerçant depuis au moins cinq ans, ayant déjà été confrontés à la demande de soins d'un proche et ayant fait un choix explicite de refus. Les critères d'exclusion concernèrent les internes, les médecins généralistes et les spécialistes sans expérience clinique significative en gynécologie. L'objectif fut d'obtenir des récits d'expérience reflétant une prise de position construite sur la distanciation professionnelle.

Les données furent collectées à l'aide d'entretiens semi-directifs approfondis, d'observations participantes dans les espaces de consultation et d'une analyse documentaire des protocoles éthiques en vigueur. La saturation théorique guida l'arrêt du recueil des données. Les verbatims furent retranscrits intégralement et analysés via la technique d'analyse thématique de Braun et Clarke (2006), permettant d'identifier les régularités discursives et les tensions dans les justifications du refus. Cette approche permit d'articuler les dimensions symboliques, normatives et pratiques de la distanciation professionnelle.

L'analyse révéla que le refus de consulter un proche ne relevait pas d'une simple posture déontologique, mais d'une dynamique sociale plus large où l'identité professionnelle était négociée en tension avec les attentes familiales et culturelles. La dimension genrée de la spécialité gynécologique renforça cette problématique, certains praticiens exprimant un malaise face à la gestion du corps intime des proches. Ainsi, la distanciation professionnelle apparut comme une stratégie de préservation statutaire, inscrite dans une logique de maintien des frontières symboliques entre sphères privée et professionnelle.

2. Résultats

L'analyse de la distanciation professionnelle des gynécologues dans le cadre des consultations familiales implique une exploration multidimensionnelle des pratiques, des valeurs éthiques, des émotions et des normes sociales. Ces axes

d'analyse permettent de mieux comprendre les raisons qui motivent les gynécologues à refuser de traiter leurs proches, tout en éclairant les enjeux liés à la gestion de la frontière entre vie professionnelle et vie privée dans un domaine médical particulièrement intime.

2.1. Les tensions entre rôles professionnels et familiaux

Les tensions entre les rôles des gynécologues et de la famille surviennent lorsque leurs attentes, valeurs ou perceptions concernant la santé et les décisions médicales diffèrent. Ces tensions sont souvent exacerbées dans des situations sensibles comme la grossesse, l'accouchement ou le choix des traitements pour des pathologies gynécologiques.

Le gynécologue agit en tant que professionnel de santé dont la priorité est le bien-être physique et psychologique de la patiente. Il s'appuie sur des connaissances scientifiques, des protocoles médicaux, et une obligation de confidentialité pour prendre des décisions éclairées en collaboration avec la patiente.

La famille, en revanche, peut avoir des attentes fondées sur des traditions culturelles, des croyances religieuses, ou des liens émotionnels avec la patiente. Elle peut se sentir impliquée dans les décisions médicales et chercher à influencer celles-ci, parfois au détriment des recommandations médicales.

Ce propos exemplifie : « Je suivais une patiente enceinte qui souffrait de complications nécessitant une césarienne d'urgence. J'ai informé la patiente des risques associés à un accouchement vaginal dans son cas et recommande une césarienne pour éviter des complications graves, comme une détresse fœtale. Son mari est intervenu en insistant pour un accouchement naturel en raison de croyances culturelles valorisant ce mode d'accouchement. Le mari percevait la césarienne comme un échec ou une intervention "non naturelle", et en tentant de persuader la patiente de refuser l'intervention. En tant que gynécologue, j'étais confronté à un dilemme : respecter les souhaits de la patiente (potentiellement influencée par son

mari) ou intervenir pour préserver sa santé et celle du bébé. Le mari, de son côté, pourrait considérer que le médecin que je suis, impose une décision sans respecter leurs valeurs ou leur rôle dans le soutien de la patiente. Pour éviter les tensions, j'ai expliqué les enjeux médicaux en écoutant les préoccupations du mari. J'ai donc invité la patiente, qu'elle prenne une décision informée sans pressions externes. L'inclusion du mari dans les discussions, dans la mesure où cela respecte les limites de la confidentialité et les droits de la patiente ».

Cette déclaration illustre une situation complexe où se croisent des enjeux médicaux, culturels, éthiques et sociaux. Son analyse et son interprétation en sociologie permettent de mettre en lumière des tensions fondamentales entre plusieurs dimensions : la prise de décision médicale, l'autonomie individuelle, les dynamiques de pouvoir au sein de la famille, et les normes sociales.

2.1.1. Le contexte biomédical

Le cadre médical met en avant une tension classique entre l'expertise scientifique du médecin et la prise de décision éclairée du patient. Dans ce cas, le gynécologue se trouve confronté à la nécessité de recommander une césarienne en raison de risques cliniques documentés (complications graves et détresse fœtale). Cependant, cette expertise est mise en tension avec le principe d'autonomie, qui exige que la patiente puisse faire un choix libre et éclairé, en tenant compte de ses propres valeurs, croyances et préférences. Cette tension illustre une problématique centrale en éthique médicale : jusqu'à quel point le médecin peut-il insister sur une décision qu'il juge médicalement nécessaire sans empiéter sur la capacité de la patiente à exercer son autonomie ? Cela soulève également la question de l'influence des facteurs extérieurs, tels que les pressions familiales ou culturelles, qui peuvent compliquer l'exercice de cette autonomie.

2.1.2. La dynamique de pouvoir dans la prise de décision

L'intervention du mari reflète un rapport de pouvoir au sein du couple. En sociologie, ce type de situation peut être analysé en termes de patriarcat familial où les décisions concernant le corps et la santé de la femme sont influencées, voire dominées, par les opinions et les attentes de l'homme. Cette dynamique illustre comment les normes genrées peuvent limiter l'autonomie des femmes, en particulier dans des contextes où les croyances culturelles ou religieuses valorisent le rôle masculin comme protecteur ou décideur.

Le cas présent met en lumière les tensions entre les aspirations individuelles de la patiente et les attentes collectives incarnées par le mari, reflétant des structures patriarcales plus larges qui influencent les relations au sein de la famille, mais aussi dans les interactions avec les institutions, comme le système de santé.

Ces structures façonnent non seulement les dynamiques de pouvoir entre les membres du couple, mais également la manière dont les décisions médicales sont négociées, souvent au détriment de l'autonomie de la femme, qui peut se retrouver prise entre des pressions culturelles, familiales et institutionnelles.

Cela révèle comment les normes sociales et générales peuvent restreindre la capacité des femmes à exercer un choix libre et éclairé concernant leur propre corps, même dans des contextes où le cadre juridique et médical est conçu pour protéger leur autonomie et leurs droits.

Cette contradiction met en évidence les limites de l'application des principes d'autodétermination lorsque des facteurs culturels, familiaux ou genres viennent interférer dans le processus d'autodétermination.

2.1.3. Les croyances et normes culturelles

Le refus initial de la césarienne par le mari, perçue comme une intervention « non naturelle », illustre la manière dont les

normes culturelles influencent la perception de la santé et des interventions médicales. En sociologie de la santé, ce type de cas est souvent étudié pour comprendre comment les croyances et les valeurs d'une communauté ou d'un groupe influençant les décisions médicales. Ici, l'accouchement naturel est investi d'une signification symbolique forte, peut-être associé à la virilité, à l'intégrité physique ou à la tradition.

Cela s'oppose à la rationalité biomédicale qui valorise l'efficacité et la prévention des risques. Cette opposition entre rationalité biomédicale et croyances culturelles met en lumière un conflit de valeurs, où la science médicale, centrée sur des données et des protocoles, peut entrer en contradiction avec des représentations symboliques et identitaires profondément enracinées.

Ce décalage souligne l'importance, pour les professionnels de la santé, d'adopter une approche culturelle, qui ne rejette pas d'emblée ces croyances, mais cherche à les intégrer dans le dialogue clinique pour faciliter une prise de décision éclairée et mutuellement acceptable. Cette démarche nécessite une écoute active, une empathie envers les valeurs des patients et de leurs familles, ainsi qu'une communication claire pour expliquer les enjeux médicaux tout en respectant les dimensions culturelles et émotionnelles.

2.1.4. Le rôle du médecin dans l'intermédiation des valeurs

Le médecin se trouve dans un rôle délicat : il doit combiner son obligation déontologique de protéger la santé du patient et de son enfant avec une sensibilité aux valeurs culturelles et aux dynamiques relationnelles. L'acte d'« inclure le mari dans les discussions tout en respectant les droits de la patiente » montre une tentative d'adopter une posture culturellement compétente, qui reconnaît la pluralité des systèmes de valeurs sans nuire aux impératifs médicaux. Cette posture exige une habileté à naviguer entre les tensions éthiques et culturelles, en équilibrant le respect des croyances du couple

avec la responsabilité professionnelle de garantir des soins optimaux. En agissant ainsi, le médecin devient un médiateur, facilitant un espace de dialogue où les parties concernées peuvent exprimer leurs perspectives, tout en s'assurant que la patiente reste au centre du processus décisionnel et que sa santé et celle de son enfant sont préservées.

Une analyse intersectionnelle permet de croiser différents facteurs : le genre (rôle du mari et position de la patiente), les normes culturelles (représentation de l'accouchement naturel), et le pouvoir médical (autorité du médecin).

Ces facteurs se combinent pour façonner l'expérience vécue de la patiente et les tensions dans le processus de prise de décision. L'intersection de ces facteurs crée une dynamique complexe où les choix médicaux influencent non seulement la situation clinique, mais aussi les relations de pouvoir entre les individus impliqués. Le genre, à travers le rôle de l'homme dans le couple, et les normes culturelles liées à la notion d'accouchement "naturel" entrent en conflit avec l'autorité du médecin et la rationalité biomédicale.

Cette tension entre les différentes formes de pouvoir (familial, culturel, médical) révèle comment l'expérience de la patiente est modelée par des forces sociales et structurantes qui peuvent limiter sa liberté de choisir.

Ainsi, l'analyse intersectionnelle met en évidence l'importance de considérer les multiples dimensions sociales et culturelles qui influencent la décision, tout en soulignant la nécessité de respecter l'autonomie et les droits de la patiente d'une manière qui tienne compte de ces influences tout en préservant sa capacité à faire des choix éclairés.

Cela implique de naviguer avec sensibilité entre les différentes pressions sociales, familiales et culturelles, afin d'assurer que la patiente puisse exercer son autonomie de manière véritablement libre, sans être réduite par des facteurs externes.

2.2. Les normes déontologiques et éthiques en gynécologie

Les normes déontologiques et éthiques en gynécologie sont des principes qui guident la pratique professionnelle des gynécologues afin de garantir le respect de la dignité, des droits et du bien-être des patientes. Ces normes sont basées sur des valeurs fondamentales telles que la confidentialité, l'autonomie de la patiente, le respect du consentement éclairé, et la bienveillance.

L'analyse documentaire, nous a permis d'étudier les normes déontologiques et éthiques en gynécologie que nous évertuons de rappeler ici :

- *Confidentialité* : le gynécologue doit garantir la confidentialité des informations médicales de la patiente. Il ne peut divulguer ces informations à des tiers sans le consentement explicite de la patiente, sauf dans des cas très spécifiques (ex : danger imminent pour la santé de la patiente ou d'autres personnes) ;
- *Consentement éclairé* : la patiente doit être informée de manière claire et complète des différentes options médicales qui s'offrent à elle, des risques associés à chaque traitement ou procédure, ainsi que des alternatives disponibles. Elle doit pouvoir prendre des décisions en connaissance de cause ;
- *Autonomie de la patiente* : le gynécologue doit respecter le droit de la patiente à prendre des décisions concernant sa santé, même si celles-ci ne correspondent pas aux recommandations médicales. Il doit veiller à ce que la patiente ait la possibilité de faire des choix libres et éclairés ;
- *Bienveillance et non-malfaisance* : le gynécologue doit agir dans l'intérêt de la patiente, en cherchant à améliorer sa santé tout en évitant de lui causer des torts. Cela inclut l'évitement de traitements inutiles, risqués ou non justifiés.
- *Respect des croyances et valeurs personnelles* : le médecin doit reconnaître et respecter les croyances religieuses et

culturelles de la patiente, tout en cherchant à offrir des soins adaptés qui préservent sa santé.

En application, ce propos éclaire : « J'ai reçu une patiente, enceinte de 12 semaines, pour un suivi médical. Lors de l'examen, j'ai constaté des anomalies sont visibles sur l'échographie, suggérant la possibilité de malformations congénitales graves chez le fœtus. Alors, j'ai informé la patiente des risques de ces anomalies et lui proposant de réaliser une amniocentèse pour confirmer le diagnostic. Cependant, notre patiente est chrétienne catholique et, en raison de ses croyances religieuses, elle hésite à prendre une décision qui pourrait aboutir à une interruption de la grossesse ».

L'analyse de cette situation à travers le prisme de la sociologie permet de comprendre comment les dimensions sociales, culturelles et religieuses influencent les décisions médicales, notamment dans un contexte aussi sensible que celui d'une grossesse. Plusieurs sociologues ont étudié ces interactions entre les croyances individuelles, la société et les systèmes médicaux.

2.2.1. Le rôle de la société et des croyances dans la prise de décision

La patiente, chrétienne catholique, hésite à prendre une décision qui pourrait impliquer l'interruption de la grossesse en raison de ses convictions religieuses. Cela met en lumière l'impact des valeurs culturelles et religieuses sur les choix individuels. Dans ce cas, la religion joue un rôle central dans la manière dont la patiente perçoit la grossesse et les choix qui en découlent.

Émile Durkheim, dans ses travaux sur la solidarité sociale, souligne l'importance des croyances collectives et des valeurs partagées dans la régulation des comportements individuels. Les croyances religieuses fournissent un cadre moral qui peut entrer en tension avec les recommandations médicales, surtout dans des

contextes comme celui-ci où la décision touche à la vie et à la mort.

Le sociologue Pierre Bourdieu, dans ses travaux sur le champ social, insiste sur la façon par laquelle les individus sont influencés par des structures sociales et des "logiques" sociales (culturelles, religieuses, économiques). Ici, la patiente se trouve tiraillée entre le champ médical, où l'on valorise la décision scientifique (par exemple, la confirmation par amniocentèse et la gestion des risques pour la santé de l'enfant), et le champ religieux, où des règles strictes peuvent interdire des actions comme l'avortement.

2.2.2. L'autonomie et la pression sociale

La situation révèle aussi un dilemme autour de l'autonomie de la patiente, un concept fondamental dans l'éthique médicale et la sociologie de la santé. Selon Max Weber, la rationalité de l'action individuelle est influencée par des considérations traditionnelles, affectives ou de valeurs religieuses, ce qui peut mener à des choix qui ne sont pas strictement basés sur une analyse rationnelle des risques et bénéfiques. Ici, la patiente pourrait percevoir l'amniocentèse, et potentiellement l'interruption de grossesse, comme un affront à sa conception religieuse de la vie.

D'un point de vue sociologique, la notion d'autonomie (souvent opposée à celle de soumission à des normes extérieures) est mise à l'épreuve par les attentes sociales de la famille, de la communauté religieuse et du médecin. Les attentes sociales et culturelles de la famille et de la société jouent un rôle dans les décisions de santé, souvent en tension avec le désir de la patiente de prendre une décision autonome.

2.2.3. La médicalisation de la grossesse et l'impact des normes médicales

La grossesse est largement médicalisée, comme le note Michel Foucault dans son étude sur la médicalisation des corps.

Selon lui, la médecine et la science exercent une forme de biopouvoir sur les individus, en définissant ce qui est "normal" et ce qui ne l'est pas, et en influençant la manière dont les individus gèrent leurs corps et leurs décisions. Ici, la recommandation du gynécologue, qui suggère une amniocentèse pour confirmer le diagnostic de malformations congénitales, s'inscrit dans cette logique médicale où la raison scientifique et le contrôle des risques sont au centre des préoccupations.

Foucault a également théorisé l'idée de contrôle social et d'obéissance à des normes externes, ce qui se traduit ici par une relation entre la patiente, le gynécologue et les normes sociétales et religieuses qui façonnent son expérience de la grossesse.

2.2.4. Les tensions entre la science et la religion

La tension entre la science et la religion dans ce contexte spécifique rejoint les analyses d'Emile Durkheim et de Max Weber. Durkheim a montré comment la religion est un puissant régulateur social, mais Weber a expliqué que, dans certains contextes, les individus peuvent éprouver des dilemmes éthiques ou des conflits intérieurs quand les normes religieuses entrent en conflit avec les impératifs de la médecine moderne. Dans le cas de la patiente, ses croyances religieuses, qui valorisent la sacralité de la vie, peuvent l'amener à hésiter face à des décisions médicales qui impliquent la possibilité d'interrompre une grossesse, perçue comme contraire à la volonté divine.

En conclusion, cette situation est analysée à travers l'interaction complexe entre les croyances religieuses de la patiente, les attentes sociales et familiales, et les pratiques médicales contemporaines. La patiente, influencée par ses convictions religieuses, se trouve dans une tension entre la nécessité d'une décision médicale éclairée et le respect de ses valeurs personnelles, illustrant l'impact des normes sociales et culturelles sur les choix individuels en matière de santé.

Ce dilemme est au cœur des débats éthiques sur l'autonomie des patientes, la médicalisation de la grossesse et les

tensions entre science et religion, et fait écho aux théories de sociologues comme Durkheim, Weber et Foucault.

2.3. La gestion des émotions dans la relation médecin gynécologue-patient familial

La gestion des émotions dans la relation gynécologue-patient familial est cruciale, car cette dynamique implique non seulement des considérations médicales, mais aussi des enjeux émotionnels et relationnels spécifiques. Les émotions, qu'elles soient celles du patient ou du gynécologue, peuvent influencer la qualité de la communication, la compréhension des enjeux médicaux, et le déroulement de la consultation.

Ce propos étaye : *« Notre couple a consulté un gynécologue à l'hôpital général de Yopougon pour des difficultés à concevoir un enfant. Le diagnostic a révélé une infertilité masculine contrairement à ce que tout le monde pense que l'infertilité est a priori du côté de la femme. Cette annonce a généré dans notre couple des émotions de tristesse, culpabilité, frustration entre mon mari et moi. Car, en tant que femme je ressentais de l'inquiétude et une pression liée à mon désir de maternité. Mon mari, ressentait de la honte et un sentiment d'échec, ce qui compliquait la communication. Le gynécologue, nous a expliqué que l'infertilité est souvent multifactorielle en nous proposant des traitements médicaux. Ma belle-mère est impliquée également dans la consultation. Car, elle me met un peu la pression de concevoir un enfant après que je sois mariée à son fils. J'ai demandé au gynécologue membre de famille à ma belle-famille d'en parler à ma belle-mère, de rassurer ma belle-mère que l'infertilité n'est pas de mon côté mais, avec les conseils du gynécologue, dieu permettra que j'ai un enfant avec mon mari ».*

Cette situation met en lumière plusieurs dimensions sociologiques, notamment la question des rôles genrés, des dynamiques familiales, et des perceptions sociales autour de la fertilité. En mobilisant les apports de sociologues tels que Pierre

Bourdieu, Émile Durkheim et Norbert Elias, nous analysons cette situation sous plusieurs angles.

2.3.1. Les normes sociales et les rôles genrés

Selon Pierre Bourdieu (1979), les structures sociales et les habitus influencent les perceptions et comportements des individus. Ici, l'idée préconçue que l'infertilité est « naturellement » liée à la femme révèle un habitus genré profondément ancré dans les normes culturelles et patriarcales. Ces normes assignent aux femmes la responsabilité première de la reproduction, créant une pression sociale intense lorsqu'un couple fait face à des problèmes de conception.

Pression sociale sur les femmes : la belle-mère incarne cette pression sociale, en demandant à sa belle-fille de "prouver" sa fertilité. Cette exigence repose sur une conception patriarcale du mariage, où la valeur d'une femme est souvent liée à sa capacité à enfanter.

Double standard pour les hommes : l'homme, en revanche, vit cette situation comme une atteinte à sa virilité, car la fertilité masculine est souvent associée à la puissance et au statut social. Sa honte et son sentiment d'échec illustrent les attentes genrées imposées par la société.

2.3.2. La régulation des émotions et les interactions sociales

En s'inspirant de Norbert Elias (1973) et de sa théorie sur la civilisation des mœurs, on peut analyser comment les émotions sont régulées dans les interactions familiales et médicales.

Rôle du gynécologue : le gynécologue agit comme un médiateur émotionnel et institutionnel, utilisant une approche rationnelle et médicale pour apaiser les tensions. En expliquant que l'infertilité est multifactorielle, il déconstruit les stéréotypes genrés et permet de recentrer le problème sur une perspective scientifique, atténuant ainsi la culpabilité individuelle.

Gestion des émotions dans le couple : les émotions de tristesse, de frustration et de culpabilité exprimées par les

partenaires révèlent la fragilité des interactions dans des contextes de crise. Ces tensions montrent l'importance d'un soutien mutuel pour surmonter les stigmatisations sociales.

2.3.3. La pression familiale et collective

Émile Durkheim (1895), dans son analyse des faits sociaux, montre que la famille est une institution clé dans la régulation des comportements. Ici, la belle-mère joue un rôle de contrôle social en imposant des attentes reproductives à sa belle-fille. Cette situation illustre la persistance des solidarités familiales traditionnelles en Afrique, où la fertilité est perçue non seulement comme une affaire privée, mais aussi comme une responsabilité sociale.

Le rôle de la religion : l'appel à Dieu pour résoudre la situation reflète l'importance des croyances religieuses dans la régulation des angoisses. La religion fonctionne ici comme une source d'espoir et un cadre pour interpréter les épreuves personnelles, tout en servant de mécanisme de cohésion sociale.

2.3.4. Intersection entre médecine et culture

La consultation médicale est un espace où la science (représentée par le gynécologue) rencontre les normes culturelles et les attentes sociales. Selon Foucault, l'institution médicale est un lieu de pouvoir et de savoir. Le gynécologue ne se limite pas à un rôle technique, mais il devient un agent culturel capable de redéfinir les perceptions autour de l'infertilité.

En rassurant la belle-mère et en offrant des solutions médicales, le gynécologue aide à rétablir un équilibre dans les relations familiales, tout en luttant contre les stigmatisations genrées.

Enfin, cette situation illustre comment les questions de fertilité transcendent la sphère biologique pour devenir un enjeu social, culturel et relationnel. Les attentes genrées, la pression familiale et la quête de solutions médicales s'entrelacent,

révélant l'importance de l'accompagnement émotionnel et institutionnel.

En déconstruisant les stéréotypes et en sensibilisant à la complexité de l'infertilité, des transformations sociales profondes peuvent émerger, favorisant une plus grande égalité dans les relations de couple et dans la société en général.

2.4. Les perceptions sociales et culturelles de la profession de gynécologue

Les perceptions sociales et culturelles de la profession de gynécologue varient selon les contextes et sont souvent influencées par des normes de genre, des croyances culturelles et religieuses, ainsi que des attentes sociales liées à la santé reproductive.

Impact sur les patientes : beaucoup de femmes, sous la pression des normes sociales, préfèrent consulter une gynécologue femme, même si cela limite leurs options en matière de soins médicaux. Dans certains cas, les femmes choisissent de ne pas consulter du tout, par crainte de jugement social ou de conflit familial.

Cette déclaration illustre : « *Pour moi, le métier de gynécologue devrait être réservé à la femme. L'homme en le faisant examine les parties intimes du corps féminin. Le corps humain de la femme est sacré et ne devrait faire l'objet d'exposition devant un homme, qui le manipulerait car un quelconque métier le lui autorise* »

Ce propos reflète une perception socioculturelle profondément ancrée, influencée par des normes de genre, des valeurs religieuses ou morales, et des constructions sociales sur le corps féminin et les professions médicales. Une analyse sociologique permet d'explorer plusieurs dimensions de cette position.

2.4.1. Les normes de genre et la division sexuelle des métiers

Selon Pierre Bourdieu (1998), les normes de genre façonnent les représentations sociales et professionnelles. Ici, le métier de gynécologue est perçu comme incompatible avec la masculinité en raison de son lien direct avec le corps féminin. Cette perception repose sur une division sexuée des rôles sociaux :

Le corps féminin comme territoire protégé : la sacralisation du corps féminin renforce l'idée qu'il doit être examiné uniquement par une femme. Cette conception découle souvent de systèmes patriarcaux où le corps féminin est contrôlé par la famille ou la communauté.

La légitimité genrée des professions : certains métiers, comme celui de gynécologue, sont associés à des qualités "féminines" (empathie, soin, intimité) qui renforcent l'idée que les femmes seraient naturellement plus aptes à les exercer.

2.4.2. La sacralisation du corps féminin et la religion

La notion selon laquelle le corps de la femme est "sacré" reflète souvent des croyances religieuses ou culturelles. Selon Émile Durkheim, le sacré est ce qui est mis à l'écart du profane et entouré de respect ou de tabous. Ici :

Le caractère sacré du corps féminin implique qu'il doit être préservé des regards et manipulations extérieurs, surtout de la part des hommes, qui pourraient être perçus comme des intrus ou des profanateurs.

La tension entre science et sacré : dans le domaine médical, la science et la rationalité tentent de désacraliser le corps humain en le traitant comme un objet de soin. Toutefois, cette perspective se heurte parfois aux croyances culturelles, notamment lorsque le soignant est un homme.

2.4.3. Le rôle de la médicalisation et des perceptions sociales

Selon Michel Foucault (1963), le corps est un objet de pouvoir et de savoir, notamment dans le domaine médical. La profession de gynécologue illustre cette dynamique :

La médicalisation de l'intime : en permettant à des hommes (gynécologues) d'examiner le corps féminin, la société moderne introduit une tension entre les besoins de santé et les normes morales ou culturelles.

Méfiance envers le pouvoir médical masculin : derrière ce propos, il peut y avoir une crainte que les gynécologues hommes usent de leur position professionnelle pour transgresser des normes morales.

2.4.4. Le point de vue féministe

Certaines théories féministes interprètent cette position comme une expression de méfiance vis-à-vis des structures patriarcales, où le corps des femmes a souvent été objetifié et contrôlé par les hommes, même dans des cadres professionnels.

En somme, ce propos illustre une tension entre modernité et tradition, science et culture, et genre et profession. La perception que le métier de gynécologue devrait être réservé aux femmes repose sur des croyances profondes concernant le rôle de la femme, le respect du corps féminin et la place des hommes dans des professions liées à l'intime.

Sociologiquement, cela révèle comment les normes culturelles et religieuses influencent les perceptions des métiers, même dans un cadre médical rationnel.

Impact sur les gynécologues masculins : les gynécologues masculins sont confrontés à une stigmatisation professionnelle, étant parfois perçus comme ayant choisi cette spécialité pour des raisons suspectes ou jugées inappropriées. Cela peut réduire leur clientèle ou les pousser à justifier constamment leur professionnalisme.

2.5. La distance professionnelle comme stratégie de préservation du lien familial

La distance du gynécologue comme stratégie de préservation du lien familial désigne l'idée que le gynécologue, par son rôle médical et professionnel, maintient une certaine neutralité émotionnelle et professionnelle pour éviter d'interférer dans les dynamiques familiales. Cette distance permet de préserver la relation entre les patients (souvent un couple) et leurs proches (tels que la famille, les parents ou la belle-famille), en particulier dans des situations émotionnellement sensibles ou potentiellement conflictuelles. L'objectif est d'éviter de prendre position ou de renforcer des tensions familiales en intervenant de manière trop personnelle ou impliquante.

Cette déclaration illustre : « J'ai reçu un couple en tant qu'un gynécologue mais également membre de famille en consultation pour des difficultés à concevoir un enfant. Selon, le témoignage de la patiente, sa belle-mère insiste régulièrement pour savoir pourquoi ils n'ont pas encore d'enfant, et la pression sociale liée à la maternité devient de plus en plus forte. Le couple, déjà éprouvé par cette attente, a commencé à ressentir des tensions à cause de l'attitude intrusive de la belle-mère. En tant que professionnel de santé, j'ai maintenu une distance émotionnelle et professionnelle vis-à-vis de la famille, lors de la consultation, en évitant d'entrer dans les détails personnels de la relation familiale, me concentrant uniquement sur l'aspect médical. J'ai expliqué que l'infertilité peut être due à des causes multiples, sans accuser spécifiquement la femme ou l'homme, afin de ne pas aggraver les tensions familiales. J'ai évité de prendre parti dans les relations intra-familiales me concentrant sur le bien-être médical du couple en ne soutenant pas les pressions exercées par la belle-mère ».

L'analyse et l'interprétation sociologique de cette déclaration peuvent être abordées à partir de plusieurs

perspectives théoriques pour comprendre les dynamiques sociales, les rôles professionnels et familiaux impliqués.

2.5.1. Perspective de Pierre Bourdieu sur les relations sociales et la distance professionnelle

Pierre Bourdieu (1979), dans ses travaux sur la société et les pratiques sociales, met en avant comment les individus agissent en fonction des relations sociales, des habitus et des structures sociales préexistantes. Dans cette déclaration, le gynécologue, en tant que membre de la famille et professionnel de santé, maintient une distance professionnelle face aux tensions intra-familiales. Cette distance lui permet de conserver son rôle objectif et rationnel en tant que médecin et d'éviter de s'impliquer émotionnellement dans les conflits familiaux qui pourraient altérer sa capacité à prendre en charge la santé médicale du couple.

Interprétation sociologique : En maintenant une distance professionnelle, le gynécologue adopte une forme de capital symbolique en médecine qui lui permet de rester neutre, de ne pas prendre parti et de se concentrer uniquement sur la santé reproductive du couple. Cela préserve son autorité professionnelle tout en respectant les normes sociales et culturelles qui conditionnent la relation entre soin médical et contextes familiaux.

2.5.2. Analyse en termes de capital social et culturel

D'après Pierre Bourdieu, le capital social et culturel joue un rôle crucial dans la manière dont les individus interagissent dans différentes situations sociales. Dans ce cas, la belle-mère incarne une forme de capital social important en tant que membre de la famille du couple, ce qui lui permet d'exercer une influence considérable sur les décisions relatives à la santé reproductive du couple.

Interprétation sociologique : en maintenant une distance, le gynécologue limite l'impact de ce capital social familial sur la

prise en charge médicale. En ne prenant pas parti pour les attentes de la belle-mère, il protège l'intégrité de la consultation et reste concentré sur les aspects médicaux et rationnels du traitement de l'infertilité. Cela montre comment les tensions entre capital social familial et expertise médicale peuvent être gérées dans des contextes professionnels.

2.5.3. Perspective de la théorie de la médicalisation de Michel Foucault

Michel Foucault (1963), dans ses réflexions sur la médicalisation, propose que la société moderne, en confiant aux professionnels de santé la gestion de la santé et des comportements individuels, transforme les aspects de la vie humaine en objets de soin médical.

Dans cette déclaration, la médicalisation se manifeste par la manière dont le gynécologue traite la pression sociale liée à la maternité et les conflits familiaux en les cadrant comme des préoccupations médicales.

Interprétation sociologique : en traitant la pression familiale et les tensions intra-familiales comme des aspects médicaux, le gynécologue médicalise les enjeux personnels et émotionnels du couple. Cela permet de les objectiver et de les gérer de manière rationnelle et professionnelle. Cette médicalisation peut, à long terme, atténuer la perception des conflits familiaux comme des problèmes personnels et les reconverter en préoccupations médicales gérables.

2.5.4. Analyse en termes de relations de pouvoir et de contrôle social

La distance maintenue par le gynécologue peut également être vue comme une stratégie de contrôle social. Cela permet au professionnel de maintenir un certain degré d'autorité et de contrôle sur la situation, en gérant les attentes familiales et les tensions potentielles en évitant de prendre parti.

Interprétation sociologique : en évitant d'accuser spécifiquement la femme ou l'homme et en gardant une distance professionnelle, le gynécologue exerce son autorité pour encadrer la consultation dans un contexte médical. Cela reflète un contrôle sur la manière dont les interactions familiales et les dynamiques personnelles sont transformées en préoccupations médicales gérables. Cela peut avoir des effets dépolitisants et dédramatisants sur les relations familiales et les tensions intra-familiales.

En conclusion, cette déclaration offre un aperçu des complexités de la médecine dans le contexte familial, en mettant en lumière comment les professionnels de santé peuvent maintenir une distance émotionnelle et professionnelle pour gérer efficacement les tensions familiales tout en assurant une prise en charge médicale adéquate.

L'analyse sociologique révèle comment les rôles sociaux, les normes familiales et les structures médicales interagissent pour façonner les pratiques professionnelles et la gestion des tensions familiales dans le contexte médical. Cela montre l'importance de la distance professionnelle en médecine pour préserver la qualité des soins médicaux tout en gérant les relations familiales compliquées.

Pour renchérir, ce propos illustre : « *Je préfère confier un proche venu en consultation gynécologique à mon collègue pour deux raisons. La première raison, tout métier comporte des risques. Si, le patient, membre de famille n'a pas eu satisfaction, cela pourrait ternir mon image dans la famille. La deuxième raison, voir la nudité d'une sœur ou une parente serait beaucoup gênant. C'est donne l'impression de l'insecte, d'un rapport sexuel entre frère et sœur. Mais, dans le cas, où, mon expertise compte absolument pour sauver une vie d'une sœur venue en urgence en consultation gynécologique, je n'aurais pas de choix de porter mes gants, ici, c'est un cas extrême d'urgence* »

Ce propos met en lumière des tensions éthiques, culturelles et relationnelles qui influencent la pratique des

gynécologues lorsqu'ils sont confrontés à des consultations impliquant des membres de leur famille. Plusieurs concepts sociologiques permettent de mieux comprendre les raisons évoquées par le gynécologue et leurs implications.

2.5.4.1. La distanciation professionnelle et la préservation des rôles sociaux

Le gynécologue exprime une volonté de maintenir une distanciation professionnelle, ce qui est sociologiquement interprétable comme un mécanisme visant à éviter la confusion des rôles sociaux. Selon Erving Goffman (1973), chaque individu adopte des "rôles sociaux" en fonction du contexte, ici le rôle de professionnel de santé et celui de membre de la famille. Mélanger ces rôles, notamment dans une consultation gynécologique, peut engendrer une dissonance sociale ou une gêne, car cela confronte le professionnel à des normes culturelles et émotionnelles contradictoires.

L'image personnelle et professionnelle : le gynécologue craint que l'insatisfaction d'un membre de la famille vis-à-vis des soins reçus puisse dégrader sa réputation dans la sphère familiale. Ce phénomène est lié à la notion de capital symbolique développée par Pierre Bourdieu, où l'image sociale d'un individu dans son réseau familial ou professionnel est un élément clé de son statut.

2.5.4.2. La perception culturelle du corps et de la nudité

Le propos révèle des normes culturelles et sociales autour de la perception de la nudité et du sacré corporel. Le gynécologue compare la vision du corps nu d'une sœur ou d'une parente à une transgression symbolique, évoquant un tabou social qui s'apparente à l'inceste. Cela reflète des interdits profondément enracinés dans la culture, liés à la séparation stricte entre les rôles familiaux et intimes.

Le tabou de l'inceste : l'évocation du rapport sexuel imaginaire entre un frère et une sœur montre que même dans un

cadre médical, le contact avec le corps nu d'un proche peut être perçu comme une violation d'un interdit fondamental. Selon Claude Lévi-Strauss(1949), le tabou de l'inceste structure les relations familiales en séparant les sphères sexuelles et familiales. En outre, la médecine gynécologique, en touchant à l'intimité, brouille cette frontière, provoquant une gêne.

Le rôle des représentations sociales du corps : les représentations sociales de la nudité et de l'intimité féminine jouent ici un rôle central. En tant que membre de la famille, le gynécologue pourrait avoir des difficultés à dissocier son regard professionnel de son regard social ou affectif, ce qui complique son rôle médical.

2.5.4.3. La rationalité médicale face à l'urgence

Cependant, le propos souligne que dans un contexte d'urgence extrême, les considérations personnelles ou culturelles sont mises de côté pour privilégier le devoir professionnel et la nécessité de sauver une vie. Cela illustre le principe éthique fondamental de la médecine : le primat du soin.

L'éthique professionnelle : la déclaration montre que l'expertise médicale et l'urgence sont des situations où la distance émotionnelle et culturelle peut être temporairement suspendue pour répondre à un impératif supérieur. Cela reflète une approche déontologique dans laquelle la vie humaine prime sur les normes sociales ou personnelles.

Rationalité contextuelle : selon Max Weber (1971), le comportement du gynécologue dans ce cas relève de la rationalité en finalité, où l'objectif de sauver une vie justifie l'abandon des règles culturelles ou personnelles habituelles.

2.5.4.4. Le risque professionnel et la responsabilité

Le gynécologue évoque également le risque de l'insatisfaction familiale et ses répercussions potentielles. Cela met en lumière la tension entre la responsabilité professionnelle et la relation sociale. Dans une société où la médecine est

hautement valorisée, une erreur médicale ou une mauvaise interprétation des intentions médicales peut porter atteinte au capital social et professionnel du médecin dans son cercle familial.

Le poids des attentes sociales : les membres de la famille peuvent avoir des attentes élevées envers le gynécologue, ce qui augmente la pression exercée sur ce dernier pour fournir des résultats parfaits. Cette pression sociale est amplifiée par le fait que les relations familiales sont souvent plus émotionnelles que rationnelles.

Enfin, le propos reflète la complexité des interactions entre les normes sociales, les rôles professionnels et les responsabilités familiales dans le cadre de la pratique gynécologique. Le gynécologue adopte une stratégie de distanciation professionnelle pour éviter de brouiller les frontières entre les rôles sociaux, préserver les relations familiales et protéger son image personnelle.

Cependant, en situation d'urgence, il privilégie les impératifs médicaux et éthiques, illustrant l'arbitrage constant entre les normes culturelles et les responsabilités professionnelles.

Cette déclaration met en évidence le défi sociologique et éthique de concilier les rôles multiples dans une profession qui touche à l'intimité du corps humain et à des enjeux relationnels profonds.

2.6. Les implications sur la relation gynécologue-patient et la qualité des soins

Les implications sur la relation gynécologue-patient et la qualité des soins font référence aux effets que les dynamiques interpersonnelles et les aspects socio-culturels de la consultation peuvent avoir sur la prestation des soins médicaux, ainsi que sur le bien-être du patient. La relation entre le gynécologue et le patient est fondamentale non seulement pour la qualité des soins médicaux, mais aussi pour le confort émotionnel et la confiance

du patient envers le professionnel de santé. Les résultats mettent en évidence les éléments clés suivants :

2.6.1. La confiance et la communication

Une relation gynécologue-patient saine est fondée sur la confiance et une communication ouverte. Si un patient se sent jugé, incompris ou mal à l'aise, cela peut entraver l'expression de ses préoccupations, ce qui réduit l'efficacité de la consultation. La confiance est particulièrement importante dans le contexte gynécologique, car il s'agit d'un domaine médical qui touche à l'intimité du corps et des émotions du patient.

2.6.2. Le rôle de l'empathie et de l'écoute active

L'empathie du gynécologue et sa capacité à écouter activement ont un impact direct sur la qualité des soins. Un professionnel qui sait créer un environnement sûr et respectueux, où les patients se sentent écoutés, est plus susceptible de détecter les symptômes sous-jacents et de prescrire des traitements appropriés. L'inverse, une approche froide ou distante, peut amener le patient à cacher des informations importantes ou à ne pas suivre les conseils du médecin.

2.6.3. Les barrières sociales et culturelles

Les différences culturelles, religieuses ou socio-économiques peuvent aussi influencer la qualité de la relation. Par exemple, dans certaines cultures, la consultation d'un gynécologue homme peut être perçue comme gênante ou inappropriée, ce qui peut affecter la manière dont le patient communique et suit les recommandations. De même, des stéréotypes de genre peuvent influencer la façon dont le gynécologue perçoit la patiente ou la traite.

Cette déclaration illustre les éléments clés susmentionnés :
« Je suis allée en consultation voir un gynécologue dans une clinique pour des douleurs menstruelles sévères. Le médecin, un homme, a adopté une attitude détachée et semblait minimiser la

douleur ressentie, suggérant que c'est probablement normal. Il n'a pas pris de temps de chercher en profondeur les causes ou d'expliquer les différentes possibilités de traitement. En raison de cette attitude, je me suis senti incomprise et eu du mal à exprimer pleinement mes préoccupations dans le cadre de la consultation ».

Cette déclaration peut être analysée à travers plusieurs cadres sociologiques, notamment en lien avec les concepts de genre, pouvoir médical et relations sociales de soin. La situation décrite met en lumière plusieurs dynamiques sociales et professionnelles qui influencent la qualité de la relation médecin-patient et l'accès aux soins.

2.6.3.1. Le genre et la dynamique de pouvoir dans la consultation

Dans cette déclaration, la patiente fait face à un gynécologue masculin qui adopte une attitude détachée et minimise la douleur de la patiente. Cette situation reflète les inégalités de genre souvent présentes dans les relations médicales, en particulier dans le domaine de la gynécologie, où les femmes sont fréquemment confrontées à des professionnels de santé masculins. Selon les travaux de Michel Foucault et de Pierre Bourdieu (Op cit), cette interaction peut être vue comme un exemple de la manière dont les rapports de pouvoir sont inscrits dans le corps et la médecine.

Le pouvoir médical masculin : le gynécologue, en tant qu'homme et professionnel de santé, occupe une position de pouvoir, ce qui peut parfois mener à une minimisation des expériences vécues par les patientes. Cette situation est exacerbée dans le cadre de la gynécologie, une discipline où les femmes sont souvent traitées dans un contexte de vulnérabilité corporelle. La domination masculine dans le domaine médical (selon Pierre Bourdieu) peut rendre difficile la reconnaissance des préoccupations légitimes des patientes, renforçant ainsi un déséquilibre dans la relation de soin.

Minimisation des symptômes : le fait que le médecin minimise la douleur vécue par la patiente peut être perçu comme une dévalorisation des expériences féminines. Cela renvoie à une tendance dans la société où la douleur des femmes, en particulier la douleur menstruelle, est souvent sous-estimée ou considérée comme "normale". Le médecin, en suggérant que la douleur est simplement « normale », valide implicitement cette idée sociétale.

2.6.3.2. La distance émotionnelle et la communication dans la relation soignant-soigné

La déclaration souligne une distance émotionnelle de la part du médecin, qui ne prend pas le temps de comprendre les causes profondes de la douleur, ni d'expliquer les options de traitement. Cette attitude peut être interprétée comme un manque d'écoute active et de compréhension empathique, des éléments essentiels dans la construction d'une relation de soin de qualité. Le manque d'empathie dans la relation médecin-patient, souvent lié à une vision technocratique de la médecine, peut avoir des conséquences néfastes sur la santé psychologique et physique du patient. Cela met en lumière une désaffection émotionnelle dans certaines pratiques médicales, où les patients se sentent réduits à de simples cas médicaux et non à des individus ayant des expériences vécues complexes.

Échec de la communication : l'absence d'explication claire et la minimisation des symptômes entraînent un détournement de la communication, où la patiente se sent incomprise. Ce phénomène peut découler du désintérêt perçu du médecin ou de la hiérarchisation des savoirs médicaux, où le savoir du patient est dévalorisé par celui du professionnel de santé. Cela peut mener à une désynchronisation des attentes, où la patiente, qui cherche une écoute et une validation de ses symptômes, se heurte à une approche plus détachée et standardisée.

2.6.3.3. L'impact du traitement des femmes dans la médecine

En sociologie de la santé, l'analyse des rapports de genre dans les soins médicaux met en évidence que les femmes sont souvent traitées comme des "corps à soigner" plutôt que comme des sujets de soins autonomes. Dans le cas de cette patiente, le gynécologue ne semble pas considérer l'ensemble des facteurs affectant la douleur (psychologique, social, culturel), se limitant à une approche purement physiologique.

Ce réductionnisme médical peut être interprété comme une pratique sociale de la manière dont les soins gynécologiques, en particulier, sont souvent limités à des aspects techniques et biologiques, sans prendre en compte la globalité de l'expérience des patientes.

2.6.3.4. Le rôle du gynécologue en tant que figure d'autorité médicale

Le gynécologue dans cette situation incarne également une figure d'autorité médicale, où l'expertise et le jugement du médecin priment sur l'expérience subjective du patient. Dans ce type de relation, la hiérarchie entre patient et professionnel de santé peut rendre difficile pour la patiente d'exprimer pleinement ses préoccupations, particulièrement lorsque ses symptômes sont minimisés ou ignorés. Cela peut entraîner une réduction de la confiance entre le patient et le professionnel de santé et affecter la qualité des soins fournis.

En somme, cette déclaration révèle les tensions inhérentes à la relation gynécologue-patient dans un contexte de domination médicale et de genre. L'attitude du médecin, qui minimise la douleur et fait preuve de distance émotionnelle, soulève des questions sur l'impact des rapports de pouvoir dans le domaine médical.

Une relation de soin optimale nécessite une communication empathique, une écoute active et une prise en compte des expériences subjectives du patient. Lorsque ces

éléments sont négligés, cela peut conduire à un échec du traitement, à un sentiment d'incompréhension et à une perte de confiance dans le système de santé.

2.7. La préservation de l'objectivité clinique face à l'implication affective

Les gynécologues interrogés justifiaient leur refus par la nécessité de maintenir une distance émotionnelle afin d'assurer une prise en charge rigoureuse. L'implication affective avec un proche introduisait un biais dans l'évaluation clinique, altérant la rationalité médicale. Un praticien exprima cette tension en ces termes :

« Quand c'est une patiente ordinaire, je me base sur les symptômes et les examens, mais si c'est ma sœur, inconsciemment, je vais minimiser ou exagérer certaines choses. Ce n'est pas professionnel. »

Ce propos révèle la tension inhérente entre la rationalité médicale et les logiques affectives qui structurent les interactions sociales. La profession médicale repose sur un idéal d'objectivité et de distanciation qui permet d'assurer une prise en charge standardisée et efficace des patients. Toutefois, lorsqu'un médecin est confronté à un proche, cette neutralité est mise à l'épreuve par des dynamiques relationnelles antérieures. L'expérience subjective, nourrie par l'histoire familiale et les liens émotionnels, interfère avec l'acte clinique, introduisant une asymétrie cognitive : la minimisation ou l'exagération des symptômes devient alors un mécanisme inconscient d'ajustement aux représentations personnelles du malade. Cette tension met en évidence une double contrainte : d'un côté, la nécessité d'adopter une posture rigoureusement scientifique ; de l'autre, l'impossibilité de se détacher totalement des affects dans une interaction qui, par essence, dépasse le cadre strictement biomédical.

Cette difficulté à maintenir une posture professionnelle face à un proche traduit également une frontière normative entre

les sphères privée et institutionnelle. L'acte médical, socialement construit comme une prestation fondée sur des critères techniques et déontologiques, est ici réinscrit dans un univers relationnel où les attentes diffèrent. La consultation d'un membre de la famille introduit une confusion statutaire : le médecin n'est plus seulement un praticien, mais aussi un frère, un fils, un mari, dont les responsabilités émotionnelles entrent en friction avec les exigences de neutralité. Cette hybridation des rôles génère une incertitude sociale qui fragilise la posture d'autorité propre à l'exercice médical, expliquant ainsi la volonté d'éviter ces consultations.

Enfin, ce propos met en lumière un processus plus large de régulation des interactions professionnelles. En évitant de soigner un proche, le médecin protège son identité sociale et sa crédibilité au sein du corps médical. La distanciation professionnelle devient alors une stratégie permettant de préserver les normes établies et d'éviter des ajustements émotionnels qui pourraient altérer la performance clinique. Plus qu'un simple choix personnel, cette posture reflète une logique structurelle où l'évitement fonctionne comme un mécanisme d'autorégulation garantissant la séparation entre les obligations professionnelles et les impératifs relationnels. L'acte de soin, loin d'être une action purement technique, s'inscrit ainsi dans un espace social où s'opèrent des négociations constantes entre normes médicales et exigences culturelles.

2.8. Le poids des normes sociales et la peur du jugement moral

Les gynécologues firent état d'une pression sociale inhérente aux rapports familiaux et aux attentes de discrétion, particulièrement dans la gestion de l'intimité féminine. L'idée d'examiner une parente souleva des inhibitions culturelles liées à la pudeur et au tabou du corps médicalisé. Un répondant confia : « *En Afrique, le corps de la femme est sacré, surtout dans la famille. Comment pourrais-je examiner ma tante ou ma*

cousine ? Après, il y aura des malaises, des sous-entendus. C'est mieux d'éviter. »

Ce propos met en lumière la forte imbrication entre normes culturelles et pratiques médicales, révélant une régulation sociale du corps au sein des structures familiales africaines. Le caractère « sacré » du corps féminin ne relève pas seulement d'une conception religieuse ou spirituelle, mais d'un ensemble de prescriptions symboliques qui organisent les interactions et définissent ce qui est socialement acceptable. Dans ce cadre, l'examen médical d'une parente par un gynécologue masculin introduit une transgression implicite des codes de pudeur et des interdits liés à l'intimité corporelle. Le malaise évoqué renvoie ainsi à une mise en tension des frontières symboliques entre le regard médical, perçu comme technique et distancié, et le regard familial, chargé d'affects et de représentations sociales spécifiques.

L'acte de soin, lorsqu'il s'inscrit dans une relation de proximité familiale, cesse d'être perçu comme une simple intervention médicale pour devenir un espace de réinterprétation des rapports de genre et de parenté. Le médecin, bien qu'investi d'une autorité scientifique, se retrouve dans une position ambiguë où sa légitimité professionnelle entre en conflit avec des représentations sociales profondément enracinées. En Afrique, la séparation des rôles entre sphère privée et sphère publique structure la gestion des corps, en particulier celui des femmes, dont la visibilité et l'exposition sont régulées par des normes de discrétion et de respectabilité. Dès lors, le refus de consulter une tante ou une cousine ne relève pas uniquement d'une préférence individuelle, mais d'une stratégie de préservation des hiérarchies familiales et du statut social du médecin, qui risque sinon d'être perçu comme transgressant un ordre moral implicite.

La crainte des sous-entendus souligne le rôle central du regard social dans la construction des pratiques professionnelles. En dehors du cadre strictement médical, l'examen gynécologique est soumis à une interprétation collective où la simple proximité

physique peut être lue comme une atteinte aux normes de respectabilité. Le fait d'éviter ces consultations permet ainsi de se prémunir contre les possibles reproches, rumeurs ou malaises relationnels pouvant découler d'un tel acte. Loin d'être anodine, cette précaution illustre la manière dont les normes sociales influencent les décisions professionnelles et structurent les choix des praticiens, bien au-delà des impératifs purement médicaux.

Enfin, ce positionnement traduit une gestion stratégique de la distance sociale et statutaire dans l'exercice médical. Le gynécologue, en refusant de consulter un proche, maintient une distinction claire entre son identité professionnelle et son appartenance à un réseau de relations primaires. Cette séparation garantit non seulement une neutralité dans la prise en charge des patientes, mais protège également le praticien d'un brouillage des statuts qui pourrait affecter sa crédibilité. Ainsi, l'évitement apparaît comme un mécanisme de régulation des interactions, permettant de concilier les exigences professionnelles avec les contraintes culturelles et familiales, dans un contexte où le corps féminin demeure un enjeu de contrôle symbolique et social.

2.8. Une stratégie de protection du statut et de l'autorité professionnelle

Le refus de consulter des proches fut également perçu comme une manière de préserver l'image et l'autorité du médecin, évitant toute familiarité susceptible de nuire à la posture professionnelle. Certains craignaient une banalisation de leur rôle ou une instrumentalisation des liens familiaux. Un médecin illustra cette dynamique ainsi : « *Si je commence à soigner des proches, demain on me demandera des consultations gratuites, des passe-droits... Je dois poser des limites sinon mon travail n'aura plus de valeur.* »

Ce propos illustre une dynamique de régulation statutaire où le médecin, confronté aux attentes familiales et amicales, met en place des stratégies pour préserver l'intégrité de son rôle professionnel. Loin d'être un simple refus de principe, cette prise

de position s'inscrit dans une logique de différenciation entre sphère privée et sphère professionnelle. En Afrique, les relations sociales reposent sur une forte interdépendance où l'entraide et le partage des ressources sont valorisés. Cependant, dans le cadre médical, cette logique d'échange réciproque entre proches peut entrer en conflit avec la nécessité d'objectiver la relation soignant-soigné. Le refus de consulter des proches devient alors un mécanisme de protection permettant d'éviter une instrumentalisation des liens familiaux au détriment des normes professionnelles.

Cette crainte des consultations gratuites et des passe-droits traduit une tension entre la logique marchande du travail médical et les obligations morales imposées par les réseaux de sociabilité. Le médecin exerce dans un espace où la prestation de soin est encadrée par des règles tarifaires et des exigences déontologiques qui garantissent la valeur de son expertise. Or, dans un contexte où les liens sociaux fonctionnent sur le principe du don et du contre-don, la gratuité du soin peut être perçue comme une dette symbolique, engageant le praticien dans une relation d'échange informelle difficile à maîtriser. En posant des limites claires, le médecin cherche ainsi à éviter une dilution de son autorité et à préserver le caractère professionnel de son activité, garantissant ainsi son autonomie face aux injonctions relationnelles.

L'enjeu de la « valeur du travail » évoqué dans ce propos met en évidence une problématique plus large liée à la reconnaissance sociale du statut médical. Si la profession de médecin jouit d'un prestige certain, elle repose aussi sur une légitimité construite par la rareté et la technicité du savoir médical. L'acceptation des consultations gratuites au sein du cercle familial risquerait alors de banaliser cet acte professionnel, réduisant le soin à une simple obligation morale et non à une prestation spécialisée. Ce phénomène s'inscrit dans une lutte symbolique où le médecin doit sans cesse rappeler que son savoir-faire ne peut être assimilé à un bien commun librement

accessible, mais qu'il relève d'une compétence acquise et reconnue par un cadre institutionnel.

Enfin, ce positionnement reflète une volonté de contrôle sur les interactions qui structurent l'exercice médical. En refusant d'être pris dans un réseau de faveurs et d'attentes implicites, le médecin cherche à maintenir une posture où la relation soignant-soigné demeure encadrée par des règles impersonnelles et standardisées. Ce processus de mise à distance n'est donc pas qu'une simple précaution individuelle ; il traduit un rapport plus large aux normes de professionnalisation qui visent à protéger l'exercice médical des logiques de familiarité et de pression sociale. Ainsi, loin d'être un simple repli, cette posture marque une affirmation du statut professionnel face aux dynamiques relationnelles qui pourraient en compromettre la légitimité et l'équilibre institutionnel.

3. Discussion

Au total, les conflits entre les rôles des gynécologues et de la famille émergent lorsque leurs attentes, valeurs ou perceptions relatives à la santé et aux décisions médicales diffèrent. Ces tensions se manifestent particulièrement dans des contextes sensibles, tels que la grossesse, l'accouchement ou les traitements liés aux pathologies gynécologiques.

Le gynécologue, en tant que professionnel de la santé, se concentre sur le bien-être physique et psychologique de la patiente. Ses décisions reposent sur des connaissances scientifiques, des protocoles médicaux et une stricte confidentialité, qu'il met en œuvre en collaboration avec la patiente, en l'écoutant et en l'informant de manière claire et transparente sur les différentes options médicales disponibles. Le gynécologue veille à respecter les principes de l'autonomie et de l'intégrité de la patiente, en l'accompagnant dans ses choix de manière éclairée et respectueuse. Tout au long du processus, il prend en compte non seulement les aspects médicaux, mais aussi les facteurs psychosociaux susceptibles d'influencer le parcours

de santé, en favorisant une approche globale et individualisée. L'objectif est de garantir des soins de qualité tout en respectant les valeurs, les préférences et les besoins de la patiente, dans un cadre éthique et sécurisé. Ce processus implique également une communication ouverte, où la patiente se sent soutenue et libre d'exprimer ses préoccupations, ses attentes et ses doutes. En agissant ainsi, le gynécologue cherche à établir une relation de confiance mutuelle, essentielle pour une prise en charge optimale et une prise de décision partagée.

En revanche, la famille peut être influencée par des facteurs culturels, religieux ou émotionnels, et peut souhaiter prendre part aux décisions médicales, parfois en contradiction avec celles du gynécologue. Cette implication peut découler de profondes réflexions pour le bien-être du patient, mais elle peut aussi résulter de croyances ou de valeurs spécifiques qui ne sont pas toujours alignées avec les approches médicales fondées sur des preuves. Dans certains cas, la famille peut exercer une pression sur la patiente pour qu'elle suive des traitements qui respectent les traditions ou attentes culturelles, même si ces choix ne sont pas toujours les plus appropriés sur le plan médical. Cela peut créer un dilemme éthique, où le respect des volontés familiales entre en conflit avec l'autonomie de la patiente et les recommandations médicales du gynécologue.

Ces pratiques sociales soulèvent des questionnements éthiques sur l'autonomie des patientes, la médicalisation de la grossesse, et le rapport entre science et religion, tout en résonnant avec les théories sociologiques de penseurs comme Durkheim, Weber et Foucault.

En déconstruisant les stéréotypes et en prenant en compte la complexité de l'infertilité, des changements sociaux profonds peuvent survenir, favorisant davantage d'égalité dans les relations.

Sur le plan social, cela pourrait également contribuer à une meilleure compréhension des défis auxquels les couples

confrontés à l'infertilité sont confrontés, notamment à la stigmatisation et à la pression sociale.

En promouvant des dialogues ouverts et inclusifs autour de ces questions, il devient possible de déconstruire les préjugés qui entourent la parentalité et de soutenir les individus et les couples dans leurs choix personnels. Cela pourrait mener à une société plus changements, où la valeur d'une personne n'est pas définie équitablement par sa capacité à concevoir, mais par son bien-être et son respect des décisions personnelles. Une telle transformation pourrait également renforcer la solidarité et le soutien mutuel dans les relations de couple, permettant à chacun de vivre ses expériences de l'homme.

En s'appuyant sur les résultats présentés, nous faisons le choix, sur le plan épistémologique, d'adopter une perspective discursive de l'économie, sans revenir sur l'ensemble des points détaillés dans la matrice des résultats. La discussion qui suit se focalise exclusivement sur : « *La confiance et la communication* ».

Une relation saine entre le gynécologue et la patiente repose sur la confiance et une communication transparente. Si la patiente est envoyée jugée, mal comprise ou inconfortable, cela peut l'empêcher de partager ses préoccupations, ce qui diminue l'efficacité de la consultation. La confiance est d'autant plus essentielle dans le domaine gynécologique, car il concerne l'intimité du corps et des émotions de la patiente. Une atmosphère de respect et d'écoute permet à la patiente de se sentir en sécurité, de poser des questions sans crainte de jugement et de prendre des décisions éclairées sur sa santé. Lorsque cette confiance est établie, la patiente est plus encline à partager des informations cruciales, à suivre les recommandations médicales et à participer activement à son parcours de soins, ce qui améliore la qualité des soins prodigués et l'expérience.

Ce résultat s'aligne avec les conclusions de Bouvet (2016), qui soulignent que, bien que la liberté constitue un fondement de la pratique médicale, il est nécessaire de réfléchir à son véritable

objet. Traditionnellement, la doctrine s'intéresse à la liberté du médecin dans l'exécution de ses actes (Memeteau, 1997), ces derniers étant majoritairement perçus dans une optique thérapeutique, où la prescription d'un traitement représente l'exemple classique de l'acte médical. Cependant, il semble réducteur de limiter cette analyse à la liberté du médecin dans la simple exécution de l'acte médical.

L'acte médical, défini comme une intervention spécifique réalisée par un médecin ou un chirurgien sur un patient, peut inclure une prescription, c'est-à-dire une recommandation ou une instruction donnée oralement ou par écrit (Memeteau, op. cit.), ou encore un geste effectué par le médecin à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. Pourtant, se baser exclusivement sur la notion d'acte médical semble insuffisant pour saisir l'étendue de la liberté du praticien dans l'exercice de son art. D'une part, cette approche limite la portée de l'analyse à la finalité de l'acte lui-même, et d'autre part, elle omet l'opération intellectuelle préalable, qui découle du processus.

Ce choix découle de la mise en relation entre une demande de soins, émanant du patient, et une réponse médicale, entendue de manière large. Cette interaction initiale établit la relation médicale, qui constitue le cadre au sein duquel la liberté du médecin doit être examinée. En effet, c'est dans cet espace relationnel, en amont des gestes concrets, que s'évalue la liberté de choix du praticien. Cette liberté s'exprime par une décision médicale, qui précède l'acte médical. Contrairement à l'acte, la décision peut exister de manière indépendante et peut même conduire à l'abstention d'une intervention envisagée. Ainsi, il ne peut y avoir d'acte médical sans décision préalable, mais une décision peut, en revanche, ne pas aboutir à un acte.

Conclusion

L'étude sur la distanciation professionnelle des gynécologues, en particulier leur refus de consulter leurs proches, révèle que cette pratique est motivée par une

combinaison de facteurs éthiques, émotionnels et relationnels. Les gynécologues cherchent à maintenir une neutralité professionnelle afin de garantir la qualité des soins et de préserver les dynamiques personnelles qui pourraient être compromises par une consultation médicale dans un cadre familial ou amical.

Les gynécologues refusent souvent de consulter leurs proches pour éviter que la consultation ne perturbe les relations familiales ou amicales, en particulier dans des domaines aussi intimes que la gynécologie. Ils redoutent que la proximité affective puisse biaiser leur jugement clinique ou créer un malaise chez le patient.

La consultation de proches pose des défis en termes de confidentialité médicale. Les gynécologues peuvent se sentir tiraillés entre leur rôle de médecin et celui de membre de la famille, ce qui peut engendrer des conflits d'intérêts ou des violations des normes éthiques.

Le domaine de la gynécologie touche à des aspects sensibles et parfois complexes de la santé. Consulter un proche pourrait augmenter la charge émotionnelle pour le gynécologue, rendant plus difficile une prise de décision rationnelle et professionnelle.

Enfin, certains gynécologues craignent qu'un éventuel échec thérapeutique ou une mauvaise interprétation de leur pratique puisse affecter leur image ou leur autorité dans leur cercle familial ou social.

En synthèse, la distanciation professionnelle des gynécologues dans ces contextes témoigne de la nécessité de maintenir des frontières claires entre les rôles personnels et professionnels, dans le but de préserver à la fois l'intégrité de la relation médicale et le bien-être des individus concernés. Ce choix, bien qu'il puisse être perçu comme une forme de recul, est en réalité une stratégie de protection mutuelle, essentielle pour garantir une qualité de soin optimale et des relations familiales harmonieuses.

Le sujet de la distanciation professionnelle des gynécologues et leur refus de consulter leurs proches est à la fois innovant et pertinent, tant sur le plan scientifique que social. Bien que les dynamiques relationnelles entre les professionnels de santé et leurs proches aient été explorées par plusieurs chercheurs, cette étude adopte une perspective spécifique et encore peu investiguée, centrée sur une spécialité médicale délicate : la gynécologie. Cette approche offre une contribution originale aux débats existants en sociologie médicale et en éthique professionnelle.

Dans le contexte actuel, marqué par des interrogations croissantes sur les rôles et responsabilités des professionnels de santé, ce sujet reste crucial pour plusieurs raisons :

Les enjeux éthiques dans la médecine familiale : les médecins sont régulièrement confrontés à des dilemmes lorsqu'ils doivent soigner leurs proches. Ces situations soulèvent des questions sur l'objectivité clinique, la gestion des émotions et la confidentialité, qui sont au cœur des codes déontologiques modernes.

Les particularités de la gynécologie : en raison de la nature intime des soins gynécologiques (sexualité, reproduction, santé maternelle), les tensions entre rôle familial et rôle médical sont exacerbées. Ce domaine illustre de manière particulièrement prononcée les dilemmes émotionnels et éthiques auxquels les professionnels sont confrontés.

Les attentes sociales envers les médecins : dans une société où les médecins sont souvent perçus comme devant être disponibles pour leur entourage, cette étude interroge les représentations sociales du soin et les limites perçues du professionnalisme.

Une perspective scientifique encore peu explorée : bien que des travaux aient été menés sur les relations médecin-proche, peu de recherches se sont focalisées spécifiquement sur les gynécologues, une catégorie de professionnels confrontés à des situations où la proximité émotionnelle avec le patient peut entrer

en conflit avec la neutralité professionnelle. Ce sujet se distingue ainsi par sa capacité à articuler plusieurs champs d'analyse :

La sociologie des professions : en examinant les normes et valeurs qui régulent la pratique médicale dans un cadre familial.

La sociologie des émotions : en explorant comment les gynécologues gèrent le malaise et les tensions émotionnelles dans leurs interactions avec des proches patients.

Les études sur l'intimité et les frontières sociales : en interrogeant comment les gynécologues négocient les frontières entre leur rôle professionnel et leur rôle familial.

Le sujet ancré dans des travaux préexistants, mais apportant une nouveauté sur de nombreux sociologues ont étudié les dynamiques dans la relation soignant-soigné, notamment :

- ✓ Arlie Hochschild et la gestion des émotions dans les professions de soin ;
- ✓ Erving Goffman et les jeux de rôle dans les interactions sociales ;
- ✓ Pierre Bourdieu et les frontières symboliques dans les pratiques professionnelles.

Cependant, peu de recherches se sont concentrées spécifiquement sur les gynécologues et leur rapport à leurs proches, ce qui confère à cette étude une originalité scientifique. En ciblant cette spécialité, l'étude enrichit les débats existants en révélant des tensions particulières à une pratique médicale liée à l'intimité et à la vulnérabilité du patient.

Une étude pertinente et innovante : en somme, ce sujet est d'actualité, car il interroge à la fois les pratiques professionnelles des gynécologues, la gestion des relations familiales dans le contexte médical, et les normes éthiques qui guident ces interactions. Par son angle spécifique, il ouvre la voie à une compréhension plus fine des dynamiques de pouvoir, d'émotions et de normes dans les relations entre professionnels de santé et proches.

Références bibliographiques

- BOURDIEU Pierre, 1979, *La distinction : Critique sociale du jugement*, Les Éditions de Minuit, Paris
- BOURDIEU Pierre, 1980, *Le sens pratique*, Les Éditions de Minuit, Paris
- BOURDIEU Pierre, 1992, *Les règles de l'art : Genèse et structure du champ littéraire*, Les Éditions de Minuit, Paris
- BOURDIEU Pierre, 1998, *La domination masculine*, Seuil, Paris
- BOUVET Renaud, 2006, *Liberté du médecin et décision médicale*. Droit. Université de Rennes. Français, https://theses.hal.science/tel-01477510/file/BOUVET_Renaud.pdf Consulté le 24.11.2024
- COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS & GROUPE DE RECHERCHE EN OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE, 2011 , *Recherche en gynécologie et obstétrique, session conjointe des journées nationales du CNGOF et des journées francophones de recherche en obstétrique et gynécologie (JFROG) avec la participation du groupe de recherche en obstétrique et gynécologie (GROG)*, https://cngof.fr/app/uploads/2023/06/CNGOF_11-broch_recherche-VALIDE.pdf?x29325. Consulté le 24.11.2024
- DURKHEIM Émile, 1895, *Les Règles de la méthode sociologique*, Félix Alcan, Paris
- ELIAS Norbert, 1973, *La Civilisation des mœurs (Über den Prozess der Zivilisation)*, Calmann-Lévy, Paris, (traduction française).
- FOUCAULT Michel, 1963, *Naissance de la clinique : Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France (PUF), Paris

- GOFFMAN Erving, 1973, *La Mise en scène de la vie quotidienne* (The Presentation of Self in Everyday Life), Les Éditions de Minuit, Paris, (traduction française ; édition originale en 1959).
- KEIJZER Roos-Lien, 2019, *Les freins à la consultation gynécologique chez le médecin généraliste*, <https://medecine-pour-le-peuple.be/storage/media/les-freins-a-la-consultation-gynecologique-chez-le-medecin-generaliste-1687515721.pdf> Consulté le 24.11.2024
- LAGNEAU Audrey, 2016, *Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et les Alpes de Haute-Provence: analyse des pratiques*. Médecine humaine et pathologie. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01375462v1/file/2016NICEM055.pdf> Consulté le 24.11.2024
- LEVI-STRAUSS Claude, 1949, *Les Structures élémentaires de la parenté*, Presses Universitaires de France (PUF), Paris
- WEBER Max, 1971, *Économie et société* (Wirtschaft und Gesellschaft), Plon (traduction française), Paris, (traduction française ; édition originale en allemand en 1921-1922).