

h e t s

Haute école de travail social

Genève

Centre de formation
continue (cefoc)

DAS en Santé sexuelle : intervention par l'éducation et le conseil
2017-2019

Mobilisations féministes autour des violences gynécologiques et obstétricales : enjeux pour la pratique en santé sexuelle

Travail de diplôme

Septembre 2019

Chloé Parrat

Rue Louis-Vautrey 13, 2800 Delémont

chloe.parrat@gmail.com

Résumé

Dans ce travail, je m'intéresse au débat récent sur les violences gynécologiques et obstétricales ; plus précisément, je cherche à montrer en quoi les productions féministes militantes et scientifiques sur cette question peuvent constituer un apport pour la réflexion et la pratique en santé sexuelle. A travers l'étude de textes académiques, je souligne ainsi les conditions d'émergence de la notion, qui se place à la fois dans une configuration politique nouvelle et dans le prolongement de questionnements et critiques plus anciennes à propos du pouvoir du corps médical, de l'histoire de la gynécologie et de la médicalisation du corps des femmes. Mon travail montre que cette question se situe au cœur d'une grande production scientifique qui questionne plus largement la normativité et les rapports de pouvoir (en particulier de genre) dans la prise en charge médicale des femmes ; les violences ne seraient donc pas une exception, mais le produit d'un système visant le contrôle du corps féminin. En faisant un lien avec les droits sexuels et en m'appuyant sur des observations tirées de mes stages, je propose enfin une réflexion sur l'apport de ce corpus scientifique à la pratique en santé sexuelle.

Langage inclusif

Dans un souci de juste représentativité, j'ai choisi d'écrire ce travail en utilisant les règles du langage inclusif. Les termes génériques ont été favorisés, et les désignations ont été systématiquement féminisées, soit avec le point médian, soit en utilisant les formes masculine et féminine, dans l'ordre alphabétique (par exemple : les étudiant·e·s ; les collaborateurs et collaboratrices). Les adjectifs et autres accords ont été réalisés selon la règle de proximité (accord au plus proche), qui prévalait jusqu'au XVII^e siècle, avant la règle du « masculin qui l'emporte sur le féminin » (par exemple : les travailleurs et travailleuses sociales, « sociales » valant également pour les travailleurs). Dans quelques situations, j'ai utilisé le féminin générique (par exemple dans le cas des matrones et sages-femmes qui étaient exclusivement des femmes jusqu'au XX^e siècle).

Table des matières

Introduction _____	7
Émergence et définition des violences gynécologiques et obstétricales _____	8
<i>Définir les violences gynécologiques et obstétricales</i> _____	9
<i>Émergence de la notion de violences gynécologiques et obstétricales dès 2014</i> _____	11
<i>Le consentement, parent pauvre de la critique féministe du cabinet médical ?</i> _____	12
Mobilisations et productions féministes sur la santé des femmes _____	13
<i>Critiques du corps médical</i> _____	14
<i>Naissance et évolution de la gynécologie</i> _____	14
<i>Médicalisation : entre normativité et pathologie</i> _____	15
Rapports de pouvoir et importance du contexte en santé sexuelle _____	17
Enjeux pour la pratique en santé sexuelle _____	20
<i>Parler des VGO dans le travail en santé sexuelle</i> _____	21
<i>Travailler dans un contexte normatif</i> _____	22
Pistes d'interventions pour la pratique en santé sexuelle _____	24
Conclusion _____	27
Annexe 1 : la pyramide de la violence _____	28
Bibliographie _____	29

« *Primum non nocere.* »

Hippocrate

Principe de médecine signifiant « d'abord, ne pas nuire ».

Introduction

En 2014, le lancement du site internet *Gyn&co*¹, suivi quelques mois plus tard de l'apparition sur Twitter du hashtag *#PayeTonUtérus*, invitant les femmes à partager leurs mauvaises expériences vécues en consultation gynécologique, a inauguré le début d'une longue série de témoignages et de polémiques autour des violences et discriminations vécues par les femmes durant leur suivi gynécologique.

Ainsi, depuis quelques années, la notion de violences gynécologiques et obstétricales (VGO) s'est largement diffusée dans les médias francophones. A l'origine de son apparition se trouvent des témoignages, surgis sur les réseaux sociaux, de femmes décrivant les mauvais traitements dont elles ont été victimes durant leur suivi gynécologique et leur(s) accouchement(s). D'autres polémiques et enquêtes diverses ont contribué à diffuser largement la thématique auprès du grand public et à interpeller les professionnel-le-s concerné-e-s.

C'est notamment grâce à la mobilisation autour de ces témoignages et aux critiques émises par des personnes, associations ou collectifs féministes que la médiatisation a eu et continue d'avoir un grand retentissement, contribuant à interroger les pratiques habituelles des soignant-e-s et, parfois, à les modifier. En parallèle, des chercheuses issues de différentes disciplines (sociologie, anthropologie, psychologie) et mobilisant une perspective de genre dans leurs études se sont également penchées sur la question. Leurs travaux font écho à d'autres productions, parfois bien plus anciennes, inscrivant la question des VGO dans une critique plus large de l'asymétrie de pouvoir entre soignant-e-s et soigné-e-s, de la médicalisation² du corps des femmes et de l'histoire de la gynécologie, notamment.

Le débat récent sur les VGO et les productions militantes et scientifiques qui en découlent m'ont semblé être un sujet particulièrement intéressant à traiter dans le cadre de mon travail de diplôme. L'actualité de la thématique et la multiplication des témoignages, écrits et événements liés me motivent d'abord à m'interroger sur l'apport de cette production pour le travail en santé sexuelle. On peut raisonnablement faire l'hypothèse que ce débat, qui touche à l'intimité, aux violences, aux relations de pouvoir dans les relations de soins, aux normes de genre dans le champ de la sexualité, a forcément quelque chose à apporter en termes de réflexion pour les spécialistes en santé sexuelle, dont ces thématiques sont au cœur du travail. Plus personnellement, étant moi-même féministe avec un cursus fortement orienté sur les

¹ Ce site français propose « une liste de soignantEs pratiquant des actes gynécologiques avec une approche plutôt féministe ». Il a été réalisé par des militantes dénonçant différents types de discriminations sur la base des recommandations des usagères. Voir <https://gynandco.wordpress.com/> (consulté le 14 août 2019).

² « (...) mouvement selon lequel des phénomènes, considérés de prime abord comme non médicaux, vont être définis puis traités comme des problèmes relevant de la médecine » (Ménoret, 2006, p.32).

études genre, j'ai souhaité me plonger dans ces productions et, sans postuler qu'elles seraient les seules valides pour comprendre les VGO, j'ai voulu montrer en quoi elles pouvaient amener matière à réflexion en santé sexuelle. Si j'avais déjà un intérêt pour le sujet avant d'entamer le DAS, la formation a fait évoluer mon regard : j'y porte désormais un regard de professionnelle de la santé sexuelle, et plus uniquement de militante³.

Ainsi, mon travail vise plusieurs objectifs : 1) apporter un regard de santé sexuelle sur une thématique relativement nouvelle ; 2) montrer en quoi les VGO sont un enjeu de santé sexuelle, et un enjeu politique⁴ plus large ; 3) déterminer en quoi les productions féministes sur ce thème ont un intérêt pour la réflexion et la pratique en santé sexuelle ; 4) proposer des pistes d'intervention.

Mes questions de recherche sont les suivantes :

- Dans quelle mesure les témoignages récents de violences gynécologiques et obstétricales et leur mobilisation dans le discours féministe (académique et militant) sont-ils un enjeu de santé sexuelle ?
- Plus précisément, que peuvent apporter les analyses féministes autour des violences gynécologiques et obstétricales à la réflexion et à la pratique en santé sexuelle ?

Émergence et définition des violences gynécologiques et obstétricales

L'année 2014 marque donc l'entrée de la question des VGO dans le débat public. Plusieurs événements ont suscité cette arrivée en force : en novembre, les témoignages publiés avec le hashtag #PayetonUtérus se sont montés à 7000 en à peine quelques jours. Quelques jours avant, une sage-femme dénonçait dans un article de blog le « point du mari », une pratique consistant, lors de la suture du périnée après une déchirure ou une épisiotomie durant l'accouchement, à resserrer l'entrée du vagin en faisant un point supplémentaire, dans le but de procurer plus de plaisir audit « mari » durant les rapports sexuels⁵. Début 2015, des documents trouvés sur le site de l'Université de Lyon-Sud évoquent des touchers vaginaux effectués par les étudiant·e·s en médecine sur des patientes endormies, sans leur consentement. La polémique est grande, avec des témoignages corroborant et infirmant ces faits, une tribune publiée sur Médiapart et un rapport demandé par la ministre de la Santé de l'époque. La même année, une journaliste de France Culture réalise le premier reportage sur les maltraitements gynécologiques (Déchalotte & Teste, 2014). Les témoignages continuent de

³ Je fais partie du collectif qui a créé le site Adopte unE gynéco (adopteunegyneco.wordpress.com), une plateforme proposant une liste blanche collaborative de gynécologues « bienveillant·e·s », établie et actualisée sur la base des recommandations des usagères et usagers. Il est inspiré du site français Gyn&co.

⁴ Au sens où il est l'objet de rapports de pouvoir.

⁵ Voir sur <https://www.isabelle-alonso.com/le-point-du-mari/>

se multiplier, notamment à travers les réseaux sociaux sur lesquels de nouveaux hashtags apparaissent (#Balancetonaccouchement), mais également sur des blogs. On peut citer par exemple le Tumblr « Je n'ai pas consenti », à propos du défaut de consentement dans les actes médicaux, pas seulement en gynécologie, ou encore la page Facebook « Paye ton gynéco »⁶. Des projets artistiques sont également produits sur le sujet : la dessinatrice Emma ou encore le Projet Crocodiles relaient par le dessin des vécus violents⁷. En parallèle, ce sont des dizaines et des dizaines d'articles qui paraissent régulièrement dans les médias depuis cette période, sous toutes les formes : articles, documentaires vidéo et audio, podcasts et autres productions se succèdent. Parmi les expert·e·s invité·e·s à s'exprimer, des figures se démarquent rapidement : on retrouve régulièrement parmi les invités le médecin et écrivain Martin Winckler, ou encore la juriste et blogueuse Marie-Hélène Lahaye⁸, qui portent un regard critique sur l'exercice des soins en gynécologie et obstétrique.

Des ouvrages et documentaires télévisuels conséquents viennent compléter le tableau : *Le livre noir de la gynécologie*, de Mélanie Déchalotte (2017), *Accouchement : les femmes méritent mieux*, de Marie-Hélène Lahaye (2018), et les documentaires *Paye (pas) ton gynéco*, de Nina Faure (2018) et très récemment *Tu enfanteras dans la douleur*, d'Ovidie (2019). Le débat s'est enfin déplacé de la scène publique à la scène politique par la demande de Marlène Schiappa, Secrétaire d'Etat à l'égalité entre les femmes et les hommes en France, d'établir un état des lieux des VGO dans le pays. Le Haut Conseil à l'Egalité (HCE) lui remet donc, le 29 juin 2018, le rapport « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical », contenant 26 recommandations. J'y reviendra plus loin dans ce travail.

Si le débat a d'abord émergé en France, la Suisse a également été touchée par le phénomène. Parmi les différentes publications helvétiques figurent par exemple des articles des journaux *Le Temps* (2017) et plus récemment *Le Matin Dimanche* (2018) sur les violences obstétricales. En novembre 2018 se tenait également un débat sur la RTS entre le médecin et écrivain français Martin Winckler et l'ex-conseillère nationale socialiste Rebecca Ruiz. Celle-ci a adressé une interpellation au Conseil fédéral demandant un état des lieux en Suisse sur la question des VGO, politisant également le débat en Suisse.

Définir les violences gynécologiques et obstétricales

Avant de m'intéresser davantage aux conditions d'émergence de ce terme dans le monde francophone ces dernières années, il me semble nécessaire de définir ce qu'on entend par violences gynécologiques et obstétricales (VGO). Marie-Hélène Lahaye propose une définition des violences obstétricales (VO), qu'elle entend comme « *tout comportement, acte, omission*

⁶ Pages à consulter ici : <https://jenaipasconsenti.tumblr.com/> et www.facebook.com/tongyneco/.

⁷ Liens vers les blogs : <https://emmaclit.com/> et <https://projetcrocodiles.tumblr.com/>.

⁸ Son blog : <http://marieaccouchela.net/>.

ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente » (Lahaye, 2016). Elle insiste sur plusieurs points fondamentaux. Premièrement, les violences peuvent prendre des formes très diverses : attitudes irrespectueuses ou infantilisantes, paroles méprisantes, jugements, violences psychologiques ou gestes médicaux, mais aussi absence de considération, absence de prise en compte des demandes de la femme, etc. Les violences se conjuguent donc aussi en creux. Deuxièmement, le personnel de santé est concerné dans son ensemble : en plus des gynécologues-obstétricien·ne·s, sont aussi concerné·e·s les sages-femmes, les aides-soignant·e·s, les infirmier·e·s, les anesthésistes, les pédiatres et tout autre personnel de soin au contact de la parturiente. Troisièmement, la définition insiste sur l'importance d'une médecine justifiée médicalement, c'est-à-dire une « médecine fondée sur les preuves » (evidence-based medicine, EBM), basée sur les meilleures connaissances actuelles disponibles, par opposition à une médecine fondée sur tout autre impératif (connaissances dépassées, confort du ou de la soignant·e, tradition...). Quatrièmement, le consentement libre et éclairé de la patiente est fondamental. Si Marie-Hélène Lahaye fait référence à la loi Kouchner ayant lieu en France, il existe en Suisse des dispositions légales similaires (cantonales) garantissant aux patient·e·s le droit d'être informé·e·s de manière suffisante et adéquate, afin d'être en mesure de prendre leurs décisions en matière de santé, sans subir de pression.

Dans un travail de diplôme de sage-femme visant à trouver une définition à la violence obstétricale à partir de la littérature scientifique, Marie-Laure Franeczek (2018) trouve comme caractéristiques générales de la violence obstétricale : le fait qu'elle soit exercée par des professionnel·le·s ; le fait qu'elle puisse être exercée individuellement par des professionnel·le·s hommes ou femmes ; le fait qu'elle puisse apparaître durant la grossesse, l'accouchement, le post-partum ou un avortement. Elle envisage les VO comme une violation des droits sexuels.

Lahaye et Franeczek se rejoignent pour souligner que les violences obstétricales seraient le fruit de l'articulation entre deux types de violence : la violence institutionnelle (les institutions créent des normes, des protocoles, des pratiques visant leur auto-organisation et la régulation de leur public, au détriment des besoins de celui-ci) et la violence de genre (violence exercée principalement contre les femmes et les minorités de genre, ancrée dans l'inégalité historique de pouvoir entre hommes et femmes, et basée sur des stéréotypes de genre). Les deux évoquent les processus de (sur-)médicalisation de la naissance (violence institutionnelle), de pathologisation du corps des femmes (violence institutionnelle et de genre), ainsi que la volonté de contrôle du corps des femmes et de la reproduction (violence de genre). Le rapport du HCE en France souligne les mêmes mécanismes dans sa définition qui inclut également le

suivi gynécologique (HCE, 2018, p.3). La suite de mon travail reviendra sur ces processus qui sont largement étudiés par les auteurs et autrices féministes auxquelles je m'intéresse.

Dans la même idée que les deux autrices précitées, Claire Michel et Claire Squires (2018) insistent sur la nécessité de replacer les violences obstétricales dans un contexte historique, politique, économique et social, d'une part pour donner de la place à la parole des personnes concernées et comprendre son ancrage, mais aussi pour s'éloigner d'une vision binaire (subjectivité des parturientes contre réalité médicale) et permettre un dialogue sur le sujet entre les acteurs et actrices concernées. Pour les autrices,

...définir les violences obstétricales, c'est définir un système de soins, une organisation professionnelle de l'obstétrique et de la gynécologie, au sein d'une société, et à une certaine époque. Il s'agit donc, d'une certaine manière, de s'approprier ce terme et de l'inscrire dans notre propre système de représentations (Michel & Squires, 2018, p.24).

Ainsi, que ce soit pour éviter une diabolisation stérile du personnel médical ou pour replacer les VGO dans un contexte plus large de violence institutionnelle et de genre, ces autrices insistent toutes sur l'importance de comprendre le contexte favorisant la survenue de maltraitements envers les femmes durant les soins. C'est l'objet d'un prochain chapitre. En attendant, je définis les VGO ainsi :

Tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme durant son suivi gynécologique et obstétrical. Les VGO prennent place dans un contexte de violence institutionnelle et de genre ; elles sont une atteinte aux droits sexuels et reproductifs des personnes concernées.

Émergence de la notion de violences gynécologiques et obstétricales dès 2014

Avant de m'atteler au discours féministe sur le contexte de production des VGO, je vais d'abord revenir sur les conditions qui ont contribué à l'apparition et à la médiatisation récentes du sujet. Trois dispositions semblent avoir joué un rôle (Vuille, 2017). La première est l'attention grandissante portée aux droits génésiques sur la scène internationale depuis les années 80. Les militant·e·s des mouvements pour la santé des femmes peuvent s'appuyer sur de nouveaux textes édités par les institutions internationales (ONU, OMS, IPPF) pour faire reconnaître les VGO comme des violations des droits fondamentaux des femmes. C'est en Amérique latine que sont dénoncées pour la première fois les violences obstétricales, au début des années 2000. Plusieurs pays, dont le Venezuela en 2007, se dotent de lois condamnant explicitement ce type de violences (HCE, 2018, p.48-49). La deuxième disposition nouvelle se fonde sur la réduction de l'autonomie des professionnel·le·s depuis l'après-guerre. Auparavant, ce sont plutôt les médecins qui disposaient d'une autonomie de décision quasi

absolue sur la prise en charge de leurs patient·e·s (Vuille, 2017). Les lois et pratiques actuelles changent la donne : l'avènement de la médecine basée sur les preuves (avec ses protocoles et sa standardisation des pratiques), l'encadrement accru de la médecine par le droit (droits des patient·e·s et « consentement libre et éclairé ») et les nouvelles exigences économiques appliqués par les Etats au secteur de la santé limitent considérablement, du moins en théorie, la toute-puissance médicale (Burton-Jeangros, Hammer, Maffi, 2014 ; Vuille, 2016). Enfin, le troisième élément est un certain renouveau actuel du féminisme (Vuille, 2016). Si les années 70 avaient connu une forte mobilisation militante et vu le développement d'une critique féministe envers le corps médical, les années qui ont suivi ont vu retomber le soufflé, et ont même connu un *backlash* (Faludi, 1991). Aujourd'hui, avec l'existence des réseaux sociaux, qui changent la manière de militer, et la possibilité de s'appuyer sur des dispositions juridiques internationales et nationales, un nouvel espace de parole s'est ouvert, dans lequel il semble que les voix féministes s'entendent.

Le consentement, parent pauvre de la critique féministe du cabinet médical ?

J'aimerais m'arrêter un instant sur le concept de consentement, dont l'absence est la raison de plusieurs polémiques évoquées, et que l'on trouve au cœur de la définition des VGO mais également comme élément central des droits des patient·e·s. Il est également central dans les analyses féministes de la sexualité, et m'intéresse particulièrement car il est très mobilisé en santé sexuelle, notamment en éducation.

Le consentement est un concept clé dans plusieurs disciplines des sciences sociales ; il est l'objet de nombreuses théorisations, mais également de beaucoup de critiques. En philosophie politique, on peut citer par exemples les théories contractualistes, pour lesquelles l'origine de la société repose sur un contrat passé entre des individus, libres et égaux en droits, qui consentent à faire société ensemble. Marx et Bourdieu remettent eux en cause l'idée de consentement dans un système inégalitaire qui fabriquerait le consentement des dominé·e·s à leur propre exploitation (Fischbach, 2011 ; Guillaume, 2012). Les féministes ont également critiqué la possibilité de consentement « libre et éclairé » pour les femmes, grandes exclues des théories du contrat social, reléguées à la sphère privée et n'étant pas considérées comme des sujets à part entières (Pateman, 2010). Il revient ainsi aux études féministes d'avoir mis à jour « *la difficulté de penser le consentement sexuel à partir du moment où s'établit une relation hiérarchique et naturalisée entre les hommes et les femmes et que ces dernières ne peuvent revendiquer le contrôle ou la possession de leur propre corps* » (Jaunait et Matonti, 2012, p.7)⁹. On assiste alors à une relecture de l'histoire de la sexualité qui va s'attacher à politiser

⁹ Sur le consentement des femmes à la domination, lire l'ouvrage de Nicole-Claude Mathieu, *L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes* (1985). Elle y rejette la thèse de Bourdieu selon laquelle les

l'espace privé, en commençant par la définition de la sexualité dans l'Antiquité : celle-ci renvoyait à une « *“action sur” qui marquait le privilège pénétratif d'un dominant sur un sujet subordonné (femme, esclave ou garçon)* » (Jaunait et Matonti, 2012, p. 7). En montrant ensuite comment les théories libérales niaient aux femmes la compétence de sujets politiques et sexuels, puis comment le viol a longtemps été nommé rapt dans l'idée que la femme violée était un objet dérobé à son propriétaire, les études féministes ont permis de montrer en quoi le consentement sexuel était un impensé (et un impensable) de l'histoire de la sexualité (Jaunait et Matonti, 2012 ; Vigarello, 1998). C'est donc grâce aux mouvements militants de la seconde vague du féminisme ainsi qu'aux travaux de recherche effectués depuis les années 70 et 80 sur les violences de genre que la notion de consentement sexuel est finalement venue redéfinir les contours des lois sur les violences sexuelles en Europe. Ce n'est pourtant que très récemment que la notion de consentement a fait son entrée dans la critique féministe du cabinet médical. En effet, si des lectures féministes de l'exercice de la médecine (en particulier en gynécologie) et de la santé des femmes existent depuis les années 70, le concept de consentement dans ce cadre n'a fait son apparition que lors de l'affaire des touchers vaginaux non consentis en 2014, à la faveur d'un rapprochement entre deux courants : les dénonciations féministes du viol comme un rapport sexuel non consenti et le mouvement des droits des patients (Quéré, 2016).

Ce chapitre montre que des dispositions politiques nouvelles ont permis l'émergence de la notion de VGO, et qu'elle est aussi un lieu de convergence inédit et récent entre différents courants (droits des patient·e·s, histoire féministe de la sexualité). Cependant, ce nouveau discours s'inscrit également dans la continuité de critiques féministes plus anciennes et plus larges, brièvement évoquées ci-dessus, autour de la santé des femmes. C'est ce qui m'intéresse dans le prochain chapitre.

Mobilisations et productions féministes sur la santé des femmes

Dès les années 60, les milieux militants puis les chercheuses féministes s'intéressent à la santé des femmes, et développent un discours et des analyses critiques en lien avec les revendications politiques du moment. La médicalisation croissante, l'arrivée de la contraception hormonale et les luttes pour l'avortement font déjà du corps et de la santé sexuelle un sujet de réflexion central (Burgnard, 2010), même si la maternité, et donc les VGO, restent généralement un impensé dans ce contexte de lutte pour le droit à l'avortement (Cascales & Négrié, 2018).

dominées acquiesceraient aux valeurs dominantes ; pour elle, elles sont contraintes à la domination et n'ont pas conscience de leur oppression.

Critiques du corps médical

A partir des années 60, les États-Unis d'abord voient se développer un mouvement de femmes critiques à l'égard des gynécologues. Sur fonds de lutte pour l'avortement, des femmes se regroupent, se forment, échangent et commencent à pratiquer auto-examens et avortements clandestins, dans une démarche d'affranchissement du pouvoir médical et de réappropriation de leur propre corps (Löwy, 2005 ; Burgnard, 2010 ; Vuille, Rey, Fussinger & Cresson, 2006). C'est le début du mouvement *self-help*. Récoltant elles-mêmes des informations médicales utiles à leurs soins, des femmes publient en 1973 le recueil *Our Bodies, Ourselves* (« Notre corps, nous-mêmes »), qui connaît un grand succès et plusieurs rééditions. Leurs connaissances leur permettent aussi d'exercer un vrai « contre-pouvoir » médical : ainsi, elles critiquent l'absence de connaissances et de recherches sur les effets secondaires de la pilule ; elles dénoncent ce qui deviendra le scandale du diéthylstilbestrol (DES) ou Distilbène, prescrit aux femmes enceintes pour éviter les fausses couches et qui était à l'origine de cancers gynécologiques ; et elles révèlent les graves infections causées par un type de stérilet (Löwy, 2005). Ce mouvement aura des répercussions sur les institutions, influençant les politiques publiques et la recherche médicale (Vuille et al., 2006). Il s'étendra d'ailleurs sous différentes formes à la majeure partie de l'Occident. En Suisse romande, on retrouve le Mouvement de libération des femmes (MLF) qui porte ces thèmes. Il critique l'oppression économique et sociale des femmes, par l'État, l'Église ou encore leur mari (Burgnard, 2010) à travers une mobilisation forte pour l'avortement. Naît dans son sillage à Genève le Dispensaire des femmes, un centre de santé alternatif qui vise la réappropriation de leur corps par les femmes, par de meilleures connaissances et la prévention des maladies tout en s'émancipant du pouvoir médical. Les femmes qui consultent au Dispensaire ne sont alors « *ni des 'patientes', ni 'des malades', mais des usagères* » (Burgnard, 2010, p. 152) qui disposent d'un savoir sur leur propre corps. Ces initiatives critiquent ainsi différentes asymétries de la relation entre médecin et patient·e·s : celle de genre, celle de classe et celle concernant le savoir légitime¹⁰. En complément à ces critiques concernant le pouvoir du corps médical, c'est aussi l'histoire de la gynécologie qui est questionnée, ainsi que les grandes évolutions de la médecine depuis la fin du XIXe siècle.

Naissance et évolution de la gynécologie

En effet, des travaux s'intéressent à l'histoire de la discipline médicale de la gynécologie, et à la manière dont celle-ci a acquis ce pouvoir si fortement dénoncé. En 1972 paraît le fameux ouvrage *Sorcières, sages-femmes et infirmières : une histoire des femmes soignantes*, écrit

¹⁰ Voir p.ex. Nissim, R. (2014). *Une sorcière des temps modernes. Le self-help et le mouvement femmes et santé*. Carouge (Genève) : Mamamélis.

par Barbara Ehrenreich et Deirdre English, historiennes et militantes féministes américaines. Dans ce livre, elles montrent comment la professionnalisation du corps médical s'est développée à travers l'exclusion des femmes soignantes par les hommes (Ehrenreich & English, 2016). D'autres travaux, plus récents, ont parcouru l'histoire de la gynécologie et rejoignent la conclusion d'une gynécologie construite 1) sur l'exclusion des femmes soignantes et 2) sur la volonté de contrôle de la reproduction à travers le contrôle du corps des femmes. Sages-femmes et matrones possédant depuis l'Antiquité un quasi-monopole du savoir sur l'accouchement, qui se déroulait à la maison, se sont vues dès le XVI^e siècle petit à petit dépossédées de leurs prérogatives, d'abord dans le cadre des chasses aux sorcières, puis à travers un contrôle accru de leur formation et une soumission à l'autorité des médecins (Guyard, 2008 ; Ehrenreich & English, 2016 ; Knibiehler, 2000). En parallèle, les médecins se spécialisent dans l'obstétrique et la gynécologie. Les chirurgiens accoucheurs, d'une part, prennent une place grandissante dans la naissance grâce à leur maîtrise des instruments, avec lesquels ils délivrent les femmes de fœtus décédés, puis d'accouchements difficiles. L'accouchement est de moins en moins considéré comme « naturel », et on assiste là à un premier pas vers une médicalisation de la naissance. D'autre part, la médecine gynécologique se construit, dès la fin du XVIII^e siècle, comme une science de la féminité, considérée comme faible et pathologique par essence et nécessitant un traitement (Vuille, et al., 2006 ; Guyard, 2008 ; Vuille, 2016). On assiste ici à une particularisation du corps de la femme, qui n'a pas d'égal chez l'homme. La découverte des ovaires à la fin du XIX^e siècle puis, au début du XX^e, des hormones sexuelles et de leurs dérivés synthétiques, ouvre de nouvelles possibilités d'intervention et, surtout, chez toutes les femmes, même en dehors de pathologies (Vuille, 2016). La pilule en est l'exemple le plus parlant : tout en offrant une nouvelle liberté de choix aux femmes dans leur gestion de la sexualité, elle contribue à médicaliser cette dernière en la soumettant à la prescription du médecin.

Médicalisation : entre normativité et pathologie

Le processus de médicalisation décrit et dénoncé dès les années 70 commence donc bien avant le XX^e siècle. Mais c'est avec l'avènement de la médecine hormonale, puis, plus encore, avec les progrès de la technique médicale, que la médicalisation s'intensifie. Les accouchements à l'hôpital, qui concernaient au début du XX^e siècle essentiellement les jeunes femmes défavorisées, étaient dangereux avant la découverte de l'asepsie, alors que les accouchements à la maison étaient plus sûrs (Morel, 2018). Mais ils se sont peu à peu généralisés, à la faveur de meilleures règles d'hygiène, de la maîtrise des fièvres puerpérales, d'une bonne gestion des urgences médicales puis plus récemment des progrès techniques autour de la césarienne et de l'anesthésie (Burton-Jeangros, Hammer & Maffin, 2014 ;

Cascales & Négrié, 2018 ; Morel, 2018). Si les médecins d'aujourd'hui affirment que ce sont les progrès de l'obstétrique et le transfert de l'accouchement à l'hôpital qui ont permis une forte baisse de la mortalité maternelle et périnatale au XX^e siècle, cette affirmation est relativisée par les chercheuses féministes, qui attribuent davantage cette baisse à la découverte de l'asepsie et des antibiotiques (Morel, 2018). Dès le milieu du XX^e siècle, on assiste ainsi à un transfert massif des accouchements de la maison à l'hôpital. Ce déplacement est accompagné et favorisé par le mouvement d'hygiène sociale, qui étend les possibilités d'intervention aux personnes en bonne santé par une approche en termes de prévention et de gestion des risques, que ceux-ci soient d'ordre médical, social ou encore moral (Burgnard, 2010). Les autrices analysent ainsi ce mouvement comme une pathologisation du corps des femmes et des processus physiologiques, justifiant un contrôle et une intervention accrue sur la vie des femmes, de la part du corps médical. L'approche en termes de risques « *transforme les femmes en patientes perpétuelles* » (Ruault & Quagliarello, 2017, p. 58). La médecine hormonale, de son côté, produit une « *standardisation des corps féminins, selon leur distribution dans des catégories correspondant à des étapes socialement attendues du cycle de vie* » (Vuille, 2016) : utilisation d'un moyen de contraception au début de l'âge fertile, maternité et « juste » espacement des naissances au milieu de l'âge fertile, recours à la procréation médicalement assistée en fin d'âge fertile et enfin prise de traitements de substitution lors de la ménopause (Vuille, 2016). En lien avec cette culture du risque, on voit aussi se multiplier les propositions de divers tests et dépistages, qui contribuent à médicaliser la vie sexuelle et productive des femmes (Löwy, 2005 ; Perrenoud, 2014). Certaines autrices pointent enfin le rôle des femmes dans ce processus : si certain·e·s décrivent un rôle passif des patientes dans ce processus de médicalisation, d'autres suggèrent plutôt qu'elles aient pu avoir un rôle actif, par exemple en cédant à la pression de cette « culture du risque », en demandant une réduction des douleurs liées à l'accouchement ou encore avec des demandes de type consumériste (Löwy, 2005 ; Perrenoud, 2014). Loin de faire des femmes concernées des victimes, on voit le rôle ambivalent qu'elles peuvent avoir dans ce processus : ainsi « *la recherche de sécurité nourrit l'ambivalence des parents envers la médicalisation* » (Löwy, 2005). Or, si la médicalisation permet d'éviter certains effets indésirables, elle produit aussi des effets iatrogènes, ceux-là même dénoncés par des femmes concernées et des militant·es, comme par exemple les provocations d'accouchement, les épisiotomies, la succession d'interventions menant à des césariennes d'urgence, mais aussi les risques des traitements substitutifs hormonaux de la ménopause, l'absence d'informations sur les effets secondaires des contraceptifs, etc.

Ainsi, les chercheuses consultées s'accordent à dire que le corps des femmes fait l'objet d'une volonté de contrôle accru, qui passe par une médicalisation de la grossesse et de

l'accouchement, mais aussi de toute la vie sexuelle et reproductive. La littérature décrit ce processus en le liant à l'histoire de la gynécologie, ainsi qu'à la longue tradition de l'asymétrie des rapports de pouvoir entre hommes et femmes dans l'histoire. Le rôle joué par les institutions dans cette inégalité est central, car celles-ci diffusent des normes, détectent les déviations et imposent des sanctions, dont les VGO peuvent faire partie. Le prochain chapitre, à travers des exemples, montrera que les productions féministes s'attachent à prendre en compte l'inscription des individus dans ces contextes institutionnels normatifs pour comprendre leurs choix et leurs pratiques.

Rapports de pouvoir et importance du contexte en santé sexuelle

Ainsi, il me semblait important dans ce travail d'aborder également les productions féministes décrivant les processus normatifs à l'œuvre dans les institutions de santé. En effet, les féministes ont depuis longtemps montré comment les violences de genre se trouvent sur un continuum, passant des paroles insultantes, répandues et peu reconnues comme violentes, au viol et au meurtre, formes extrêmes de la violence de genre (Kelly, 2019). Ces violences, pour les autrices féministes, ne peuvent prendre place qu'au sein d'un système de domination masculine propice à leur apparition, qui les emploie comme mécanisme de contrôle social (Lieber & Roca i Escoda, 2015). Mais bien avant les violences, le contrôle social s'effectue à travers des processus normatifs faits de contraintes, détectant les déviations et sanctionnant les individus (en l'occurrence, les femmes) qui contreviennent à l'ordre social. Il me paraît dès lors nécessaire de montrer quelles formes peut prendre ce contrôle social afin de comprendre où commence la violence et avec elle, les VGO. C'est l'objectif des exemples développés ci-dessous.

Ainsi, dans un texte de 2016, Cardi et Quagliariello montrent comment le travail reproductif¹¹ « se présente toujours comme un 'miroir' des différences de sexe et des inégalités de classe, de race et d'orientation sexuelle » (p. 179). Pour elles, « ce qui existe dans la réalité, ce n'est pas un corps maternel, mais un organisme aux potentialités biologiques de reproduction autour duquel les sociétés ont fabriqué une représentation des femmes comme actrices destinées à accomplir le travail reproductif ». Toute la société serait donc organisée autour de la capacité des femmes (ou plutôt des personnes porteuses d'un utérus) à effectuer ce travail de reproduction, y basant également l'origine de sa hiérarchisation entre les sexes (Héritier, 1996). Dans cette idée, il convient donc d'assurer que les femmes effectuent bien ce travail de reproduction à travers toute une série de normes et de contraintes les enjoignant à se

¹¹ Les autrices se revendiquant d'une perspective matérialiste, elles emploient le terme de « travail reproductif » gratuit et effectué traditionnellement par les femmes, par opposition au « travail productif », rémunéré et assigné traditionnellement aux hommes.

conformer à ce qui est attendu d'elles. Les consultations gynécologiques jouent un rôle actif dans ce phénomène (Ruault, 2015).

Ainsi, dans sa thèse effectuée sur la médicalisation du corps féminin dans les consultations gynécologiques, Laurence Guyard montre comment la consultation gynécologique est un lieu de transmission de normes qui tendent à renforcer les inégalités de genre et à transmettre une image négative du corps féminin (Guyard, 2010b). Avec les adolescentes, les médecins abordent volontiers la sexualité, en renforçant la nécessité de sentiments forts pour entrer en sexualité. Elle décrit une injonction à l'utilisation de la pilule avec un préservatif, forcément masculin, puisque la sexualité est toujours supposée hétérosexuelle. Les règles sont considérées comme négatives, représentant une entrave potentielle à la féminité qu'il convient de réguler. On retrouve ici un devoir de féminité et de beauté, qui s'exprime également dans les remarques sur le corps, les conseils diététiques et d'hygiène de vie donnés aux adolescentes même en l'absence de problèmes de poids. Enfin, on trouve une préoccupation pour les pratiques vestimentaires, qui ne doivent pas « éveiller le désir masculin ». Avec les femmes adultes, la sexualité est très peu abordée et les échanges mettent l'accent sur le primat du désir masculin (Guyard, 2010a). Sa recherche indique que la forte féminisation de la profession ne semble pas remettre en cause ce fonctionnement normatif, les femmes ayant elles-mêmes incorporé les normes, contraintes et injonctions subies.

Les travaux réalisés autour de la contraception évoquent une norme contraceptive, liée aux comportements attendus des femmes selon leur étape de vie fertile. Yaëlle Amsellem-Mainguy indique ainsi que

[p]our comprendre les pratiques contraceptives des jeunes femmes, il est nécessaire de prendre en considération à la fois la norme de la bonne contraception, le pouvoir du corps médical sur la santé des femmes, le contexte relationnel et sentimental dans lequel se trouvent les individus, et la pression sociale qui s'exerce (2010, p.105-106).

La contraception fait aussi l'objet de négociations avec le partenaire. A ce titre, Bajos et Ferrand indiquent que la contraception médicale, si elle a bouleversé la vie des femmes en leur permettant de choisir quand et combien d'enfants elles souhaitaient, leur permettant d'investir davantage le marché du travail, a aussi contribué à renforcer la responsabilisation des femmes en matière de contraception mais aussi de maternité (puisque la maternité est choisie, elle se doit d'être idéale), sans remettre en cause la répartition du travail domestique entre hommes et femmes (Bajos & Ferrand, 2004). Dans le même ordre d'idée, Cécile Ventola relève dans le discours de gynécologues la croyance dans une supposée « compétence contraceptive » innée des femmes, renvoyant à une naturalisation de compétences acquises et une reproduction de rôles de genre traditionnels (Ventola, 2014). Des autrices parlent même de charge mentale de la contraception, en tant que travail féminin invisibilisé (Thomé & Rouzard-Cornabas, 2017).

La grossesse, aussi analysée par des chercheuses féministes, n'est pas en reste en matière d'injonctions du corps médical et d'autres institutions. Ainsi, divers travaux pointent le rôle des professionnel·le·s des soins et du travail social dans la reconduction de rôles de genre traditionnels, dans la naturalisation de la maternité ou encore dans l'injonction à être une bonne future mère via l'imposition de normes plus ou moins contraignantes (Cardi, 2007 ; Boulet, 2018). De même, le désir d'enfant est analysé comme une construction sociale, un devoir enjoint aux femmes par les institutions sociales et médicales (Debest & Hertzog, 2017). Sur l'accouchement, les analyses, en partie évoquées plus haut, portent sur la (sur-)médicalisation et la standardisation dont il fait l'objet, entraînant des effets iatrogènes et diminuant l'autonomie des parturientes. En particulier, la culture du risque est décrite comme un système de contrôle des individus, fonctionnant de manière externe (contrôle social) et interne (intérieurisation de « bonnes pratiques ») (Gouilhers-Hertig, 2014). Patricia Perrenoud évoque également les difficultés à modifier les habitudes des professionnel·le·s vers de nouvelles pratiques d'EBM dans un environnement où la culture du risque agit sur les émotions (peurs, incertitude) des soignant·e·s (Perrenoud, 2014).

Le monde de la naissance alternative n'échappe pas aux paradoxes et aux débats (Pruvost, 2018) : les tenant·e·s de ce mouvement, si elles et ils revendiquent une approche féministe pour un accouchement respecté, peuvent aussi tenir des discours naturalisant l'accouchement, le décrivant comme un processus naturel (Cascales & Négrié, 2018). La valorisation du rôle des conjoints pendant l'accouchement « naturel » n'est pas toujours à l'avantage des femmes : Quagliariello (2017) met en évidence une dévalorisation du travail procréatif des femmes ainsi que de nouvelles attentes de la part du personnel hospitalier vis-à-vis des femmes. On trouve également des questionnements autour de l'accessibilité de l'accouchement physiologique : le manque d'offre entraîne une sélection sociale des patient·e·s discriminant les femmes sur la base de leur classe sociale (Arnal, 2018).

En matière d'avortement, Céline Schnegg (2007) montre que le contexte de l'interruption de grossesse (IG) importe davantage que la méthode choisie pour comprendre le vécu des femmes concernées. La prise en charge des femmes demandant une IG oscillerait ainsi entre injonction, surveillance, stigmatisation : lieux d'IG rappelant la maternité, injonctions à raconter les circonstances de la grossesse et les raisons de l'IG, (ré)éducation aux « bonnes pratiques » en matière de contraception, pathologisation par la notion de détresse invoquée... Ces pratiques s'inscriraient donc dans un encadrement normatif des femmes (Mathieu et Ruault, 2014).

Des autrices montrent aussi comment la ménopause est traitée comme une carence, un défaut, une déficience, et vue au prisme de la pathologie (Mbarga, 2015), tant dans les médias que dans le discours médical (Charlap, 2015). Ruault analyse ainsi le suivi médical des femmes ménopausées comme ayant vocation à allonger la vie sexuelle des femmes et à les

faire demeurer pénétrables dans le cadre de rapports hétérosexuels (Ruault, communication personnelle, 14 septembre 2018)¹².

Ces exemples, non-exhaustifs, montrent les diverses formes que peut prendre le contrôle social effectué sur les femmes dans le champ de la santé, ainsi que la palette de sujets où ce contrôle s'exerce. En résumé, ce corpus de textes montre que tous les domaines de la santé sexuelle font l'objet de normes, contraintes et sanctions imposées au public, de manière différente, mais visant toutes le contrôle social du corps des femmes. Ainsi, en analysant ce phénomène, certaines autrices suggèrent que les violences ne sont pas des exceptions au système médical, mais le produit de ce système qui vise le contrôle du corps féminin. Si je reprends l'idée de continuum évoquée plus haut, ces exemples montrent comment le contrôle implique l'imposition de normes de féminité ainsi que de contraintes pour s'y conformer, la dévalorisation, la pathologisation et la (sur-)médicalisation des fonctions physiologiques, une hétéronormativité latente, la naturalisation de compétences acquises socialement... un ensemble de pratiques qui créent les conditions propices aux violences (Ruault, communication personnelle, 2018). L'analyse historique du développement de la gynécologie ainsi que la compréhension de la culture du risque à l'œuvre actuellement dans les soins complètent ce tableau qui permet de comprendre le contexte social d'émergence des VGO. Ces éléments viennent souligner « *l'importance d'interroger la dimension culturelle de la médecine pour penser la construction des savoirs et l'évolution des pratiques* » (Perrenoud, 2014, p. 138). Mais alors, que peuvent apporter ces écrits pour les spécialistes en santé sexuelle, et comment penser les savoirs et les pratiques en santé sexuelle à partir de cette littérature ?

Enjeux pour la pratique en santé sexuelle

En tant que spécialistes de la santé sexuelle engagé·e·s dans des institutions, au contact de personnes qui consultent ou consulteront probablement des gynécologues au cours de leur vie, les conseiller·e·s, éducateurs et éducatrices en santé sexuelle se trouvent de fait au cœur de ces problématiques ; la littérature féministe sur la santé des femmes est ainsi une opportunité de (re)penser les savoirs et les pratiques. Je vois deux enjeux principaux pour les spécialistes en santé sexuelle : d'une part, elles et ils vont, davantage en conseil, recevoir des personnes touchées par des VGO. Quels sont les défis dans la prise en charge de ces personnes ? D'autre part, elles et ils font partie d'institutions qui véhiculent des normes

¹² « Sur- ou mal-traitance ordinaire des femmes âgées : sur le suivi gynécologique du corps vieillissant », communication personnelle de Lucile Ruault à la Journée d'étude des étudiant·es du M2 Recherche, Lille, le 14 septembre 2018.

(écoles, hôpitaux, centres de santé sexuelle...). Comment travailler au sein d'institutions normatives, conditions parfois propices à des pratiques maltraitantes envers leurs publics ?

Parler des VGO dans le travail en santé sexuelle

Si les violences sexuelles ont depuis longtemps été l'objet de mobilisations féministes, menant, on l'a vu, à des modifications substantielles des législations européennes depuis les années 80, les VGO sont très récentes dans le débat public. Les évolutions du droit décidées dans certains pays d'Amérique latine n'ont pas (encore ?) eu lieu en Europe. Un manque de bases juridiques donc, mais également un manque de connaissance de cette problématique chez le personnel de soins. Les VGO restent pour l'instant des violences essentiellement invisibles, elles sont donc peu intégrées dans les protocoles et supports d'intervention.

Dans un article de 2018, Maryvonne Charmillot et Caroline Jacot-Descombes listent les droits sexuels « laissés pour compte », qui ne sont pas connus ou pas utilisés par les éducateurs et éducatrices en santé sexuelle (Charmillot & Jacot-Descombes, 2018). Dans le même ordre d'idée, je fais ainsi l'hypothèse que les VGO sont des « laissées pour compte » du traitement des violences en santé sexuelle : cela s'explique par l'analyse historique des violences (essentiellement domestiques et sexuelles), par la récence du débat sur les VGO et par la difficulté des féministes à conceptualiser ces violences comme des violences sexuelles et de genre (Quéré, 2016). Pourtant, les droits sexuels eux-mêmes seraient suffisants pour traiter les VGO au même titre que les autres violences sexuelles ; il s'agirait plutôt d'en élargir l'interprétation.

Quelques expériences vécues en stage reflètent l'absence de prise en compte des VGO dans le travail en santé sexuelle. Le service où j'ai effectué mon stage en conseil avait par exemple mis en place, dans les entretiens de demande d'IG, un système de détection de la violence, qui constituait à demander systématiquement aux personnes si elles avaient vécu de la violence. Les exemples proposés étaient la violence domestique, la violence durant l'enfance ou la violence sexuelle, mais jamais la violence vécue dans un cadre institutionnel et/ou par du personnel de soins. Cependant, lors d'un examen gynécologique à six semaines post-partum auquel j'ai pu assister, la gynécologue a demandé à trois reprises durant l'entretien comment l'accouchement s'était passé, notamment dans la relation avec le personnel. Cela témoigne d'une certaine préoccupation, qui ne semble cependant pas s'être élargie aux personnels de soins travaillant hors de la salle d'accouchement (dans mon expérience non représentative).

En éducation sexuelle, la question se pose un peu différemment puisque les enfants n'ont souvent pas encore eu de contacts avec des gynécologues. Par contre, est souvent abordée avec les classes la question de la nudité, des limites personnelles et des abus sexuels. Les

éducateurs et éducatrices apprennent aux enfants quelles sont les « parties privées » du corps, que les adultes ont l'interdiction de toucher, à de rares exceptions près. Parmi elles, le médecin est souvent évoqué. Lors de mon stage, si j'ai souvent entendu que le ou la médecin pouvait demander à voir ou toucher les parties génitales, il n'a pas toujours été précisé qu'il devait y avoir une justification médicale à ces gestes, ni que l'enfant avait toujours la possibilité de refuser. De même, avec les adolescent·e·s, j'ai rarement vu évoquer le premier rendez-vous chez le ou la gynécologue, qui peut pourtant être source de stress et d'angoisse, ni encore la possibilité de refuser un examen gynécologique¹³. La promotion des compétences psychosociales semble ainsi se heurter à l'argument d'autorité du médecin.

Je proposerai plus loin quelques pistes d'intervention déduites de mes lectures, après être revenue sur le deuxième enjeu que je repère pour les spécialistes en santé sexuelle.

Travailler dans un contexte normatif

Plusieurs textes consultés dans le cadre de ce travail révèlent le rôle prépondérant des professionnel·le·s de la santé (notamment les gynécologues, obstétricien·ne·s et sages-femmes) dans le processus de contrôle social du corps des femmes. D'autres viennent mettre en perspective ce rôle en l'insérant dans le contexte plus large des institutions (de santé notamment). En effet, nombre d'auteurs insistent sur le fait que le monde médical n'est pas uniforme, et qu'il convient de se garder de généraliser un type de position à l'ensemble d'une profession (tous les médecins ne favorisent pas la médicalisation ; il serait simpliste d'opposer médecins et sages-femmes ; et certains mouvements pour la santé des femmes encouragent la médicalisation) (Burton-Jeangros, Hammer & Maffi, 2014 ; Vuille et al., 2006). Par ailleurs, il convient de prendre en compte le contexte d'élaboration des savoirs et des pratiques pour comprendre le raisonnement des professionnel·le·s (Perrenoud, 2014). Cela évite de désigner un coupable et permet d'entamer un dialogue : « *Il s'agit de désigner, pour pouvoir le penser, un système, dont les acteurs ne sont pas seulement des individus, mais aussi des institutions, des protocoles, des normes, des valeurs, des coutumes, (...)* » (Michel & Squires, 2018, p.24). Et parmi les nombreuses professions qui exercent dans ces institutions se trouvent les spécialistes en santé sexuelle. Ce corpus nous invite donc à prendre en compte les rapports de pouvoir à l'œuvre dans notre cadre de travail, et à être conscient·e·s que nous faisons partie de cet environnement normatif de contrôle social du corps féminin. Or, comme le note Kathleen Boucher, l'accent mis sur la prévention en santé sexuelle

(...) préconise dans l'ensemble des changements d'attitudes et de comportements individuels et peu la compréhension des rapports sociaux de sexe qui opèrent dans la

¹³ La Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique recommande le dépistage du cancer du col de l'utérus dès 21 ans, rappelant qu'il n'est pas indiqué avant cet âge, indépendamment du début de l'activité sexuelle.

sexualité et qui pourraient mener à des changements sociaux, en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes (2003, p.144).

Ainsi, l'insistance portée au développement d'habiletés sociales se base sur

(...) le concept de choix rationnel qui véhicule une conception individualiste du comportement, une conception apolitique donc, qui postule que les individus sont libres de faire des choix rationnels, en d'autres termes qui postule l'égalité entre les hommes et les femmes. (Boucher, 2003, p. 145).

En somme, le reproche qui est fait au travail en santé sexuelle, quand il est axé sur la prévention, est son caractère « dépolitisé », au sens où il met peu l'accent sur les rapports de pouvoir, et notamment de genre, qui structurent la société et influencent les possibilités d'agir des individus. On se retrouve ici au cœur de la question du consentement qui animait ma réflexion dans le module 6 : de la même façon que la question se pose dans l'intimité d'un couple, quelle autonomie et quel pouvoir de négociation ont les femmes dans des cadres institutionnels qui les placent dans un rapport de pouvoir défavorable ? Le métier de spécialiste en santé sexuelle me paraît crucial sur cette question car il peut à la fois contribuer à renforcer l'emprise des rapports sociaux de sexe et du pouvoir institutionnel sur les femmes comme il peut également accompagner un changement social. Mes expériences de stages se rapprochent cependant davantage de la première option. Les femmes consultent majoritairement seules sur les sujets liés à la contraception, la contraception d'urgence, l'IG, etc. Ce fait n'est pas toujours évoqué par les conseiller·e·s, ce qui peut renforcer l'idée que la santé sexuelle est « une affaire de femmes ». Mes observations rejoignent également l'analyse de Ruault et Quagliariello (2014) sur les lieux prévus pour les avortements : dans un département « Femme-mère-enfant », avec l'obligation de passer dans un couloir bordé d'énormes photos de mères avec leur bébé, protocole enjoignant les femmes à se raconter (et donc se justifier), (ré-)éducation aux bonnes pratiques en matière de contraception, pathologisation des consultantes (en détresse psychologique)... la prise en charge institutionnelle des demandes d'IG multiplie les injonctions et renforce une stigmatisation auxquelles les conseiller·e·s contribuent malgré elles. En éducation, j'ai pu assister à une explication de l'accouchement durant laquelle l'épisiotomie était décrite comme une procédure de routine dont les femmes se remettaient très vite. Ce type d'explication contribue à banaliser ce geste invasif, décrié lorsqu'il est réalisé par routine ou confort des soignant·e·s, et dont les bénéfices ont été remis en question et réduits à des situations rares et très spécifiques. Il illustre selon moi assez bien le continuum de la violence évoqué dans le chapitre précédent. Mais cela fait écho à l'analyse de Perrenoud, qui montre bien qu'on ne peut séparer les pratiques des professionnel·le·s de leur vécu personnel et du contexte de la culture du risque, malgré l'avancée des connaissances médicales. Cela me rappelle également les propos entendus lors d'un colloque d'un service de gynécologie, où des sages-femmes ont mentionné

les exigences nouvelles des patientes durant l'accouchement ; de plus en plus d'entre elles demandent à être informées des gestes médicaux réalisés, et les sages-femmes évoquaient « des demandes qui vont trop loin » ainsi que l'impossibilité de demander le consentement des patientes pour chaque geste pratiqué. Le droit au consentement libre et éclairé des patient·e·s est donc ici remis en question en avançant le contexte d'urgence éventuelle comme argument.

Ces exemples montrent ainsi comment les rapports de pouvoir ainsi que le contexte institutionnel de la pratique médicale influencent les pratiques également dans les métiers de la santé sexuelle, bien souvent sans que les professionnel·le·s n'aient conscience de ces effets. Cela amène à repenser le concept de santé sexuelle sur lequel repose le métier de spécialiste en santé sexuelle. Ainsi, l'OMS définit en 1975 la santé sexuelle comme :

un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence (2006).

En arrivant la fin de ce travail, il paraît impossible de ne pas changer de regard sur cette définition. En effet, loin de mettre en évidence les aspects de bien-être, de positivité et de respect avancés dans la définition, les textes étudiés mettent au jour les normes et contraintes dans lesquelles se joue la santé sexuelle, tant pour les usager·e·s que pour les professionnel·le·s. A la lumière de ces éléments, cette définition devient davantage une utopie irréaliste mais utile pour la pratique qu'un objectif de travail réalisable.

Alors que peut-on tirer de ces réflexions pour améliorer la pratique professionnelle ? Comment intégrer les VGO dans le travail en santé sexuelle ? Que penser du système normatif dans lequel les spécialistes en santé sexuelle travaillent ? Quelle marge de manœuvre les professionnel·le·s ont-elles et ils dans un tel cadre ?

Pistes d'interventions pour la pratique en santé sexuelle

A la fin de ce travail, les réflexions issues de mes lectures me permettent d'élaborer quelques pistes d'interventions, plus ou moins abouties et plus ou moins concrètes, pour améliorer le travail en santé sexuelle autour des VGO et plus largement questionner le cadre d'exercice normatif qui peut contribuer à la survenue des violences.

Dans un premier temps, il s'agirait selon moi de repenser la violence pour y intégrer des types de violence qui renforcent le contrôle social du corps des femmes, comme la violence institutionnelle. « Le privé est politique », selon le slogan du mouvement féministe des années

70 : il s'agit donc aussi de penser l'intimité du cabinet médical ou de la chambre d'hôpital au prisme de la violence de genre. Car pour l'instant, il semble que la politisation de l'espace privé s'est arrêtée « à la porte du cabinet médical » (Quéré, 2016, p. 34). C'est seulement en se saisissant de cette tâche que les VGO pourront être considérées dans le travail en santé sexuelle. Penser les VGO comme une violence institutionnelle et de genre, qui contrevient aux droits sexuels et qui a une influence sur la vie sexuelle des femmes concernées revient à leur donner toute légitimité à être abordées en conseil et en éducation.

Ensuite, ces lectures montrent et incitent à garder à l'esprit que la violence prend place dans un système de surveillance, de contraintes et de sanctions qui favorise la survenue des violences, solution de dernier recours dans le contrôle social. En éducation, il serait par exemple possible de montrer comment les stéréotypes ou encore les injures créent un environnement propice aux violences. Des outils illustrant ce fait existent déjà et pourraient être facilement utilisés avec des enfants (voir la « pyramide de la violence » en annexe). En conseil, il s'agira d'être conscient·e qu'en tant que professionnel·le·s, nous faisons partie d'un cadre normatif dans lequel nous contribuons à appliquer et reproduire, souvent à notre insu, des valeurs, normes, injonctions et sanctions. Au niveau individuel, après lecture du corpus présenté ci-dessous, on peut penser à travailler sur l'attitude et le choix des mots, en évitant la banalisation de certains gestes, la pathologisation des fonctions physiologiques du corps des femmes, la dévalorisation systématique du féminin, la responsabilisation et la culpabilisation des femmes en matière de contraception, etc. Cependant, c'est moins au niveau individuel qu'au niveau institutionnel et sociétal que se jouent ces représentations et qu'elles peuvent être travaillées et contrées. Les spécialistes en santé sexuelle, si elles et ils peuvent faire un bout du chemin en étant conscient·e·s des enjeux normatifs qui ont cours dans leur travail et adapter leur posture professionnelle en fonction, ne résoudront pas de manière individuelle ces problématiques d'ordre systémique.

Il serait cependant possible de (re-)penser le travail en santé sexuelle de manière à intégrer davantage une compréhension des rapports sociaux de sexe. Kathleen Boucher propose

(...) un modèle d'éducation sexuelle 'positif', du type libéral intégratif (...) mais qui introduirait encore plus explicitement (...) la notion de rapports sociaux de sexe. Pour ce faire, une stratégie pédagogique d'éducation critique et émancipatrice (Freire 1970), fondée sur le développement de l'*empowerment*, c'est-à-dire du pouvoir d'agir et de réfléchir (Dufort et Le Bossé 2001 ; Zimmermann 2000) des jeunes femmes et des jeunes hommes, pourrait être envisagée (2003, p.147).

Elle invite ainsi à partir de l'analyse des rapports sociaux de sexe pour développer le travail en éducation sexuelle. Cela rejoint une posture féministe et implique « une prise de

conscience personnelle et collective des rapports sociaux de sexe (...) qui peut, en ce sens, servir de levier à des changements sociaux (et non seulement psychologiques et individuels) en faveur de relations plus égalitaires (...) » (2003, p. 147). Cette proposition se démarque alors de celle, évoquée plus haut et que j'ai pu voir en stage, qui consiste à favoriser le développement de compétences psychosociales sans porter une attention particulière à la mise en œuvre de ces compétences au sein d'un rapport de pouvoir inégalitaire entre les sexes.

Sur la question du pouvoir de l'institution médicale, on peut retenir aussi les propositions émises dès les années 70 par les mouvements militants comme le *Women Health Movement* et son ouvrage « *Our Bodies, Ourselves* », dont les revendications se retrouvaient dans les discours du MLF à Genève. La première table sur une production collective du savoir, tenant compte des expériences et point de vue des usager·e·s. La deuxième, en ligne directe, est l'effacement de la frontière entre un savoir expert légitime et un savoir expérientiel illégitime. En légitimant la parole des usager·e·s, on leur redonne une place et une autonomie au sein de la relation médicale. Les spécialistes en santé sexuelle me semblent tenir une place centrale dans ces discussions car elles et ils peuvent être des leaders dans la mise en place d'une éducation sexuelle plus émancipatrice, et peuvent, dans le travail individuel, contribuer à une prise de conscience tout en agissant parfois comme médiateurs et médiatrices dans le champ de la santé, entre soignant·e·s et usager·e·s.

Les changements institutionnels venant rarement seuls, on pourra également s'inspirer du milieu militant, qui produit déjà de nombreux écrits, documents, guides... en bref, qui a déjà commencé à penser la normativité et le pouvoir de l'institution médicale et les violences dans le champ de la santé. Je pense par exemple, en Suisse romande, au site *Adopte unE gynéco*, à l'association *ReNaissances*¹⁴ ou encore les *Klamydia's*, association pour la santé des femmes qui aiment les femmes, qui a produit un guide de bonnes pratiques pour les gynécologues.

Certaines des pistes proposées pourraient être facilement mises en place, dans des initiatives individuelles qui par ailleurs ont sûrement déjà cours. Mais la plupart relèvent de décisions politiques et/ou de règlements institutionnels, et sont éminemment délicates. Penser les violences de genre et les violences institutionnelles comme le résultat d'un fonctionnement systémique est un positionnement peu étendu, notamment chez les décideurs politiques. Dans un contexte où la responsabilité individuelle devient depuis quelques années le concept central

¹⁴ Cette association s'adresse aux parents ayant vécu un événement douloureux durant la période périnatale.

des politiques sociales et de santé, et où l'égalité entre hommes et femmes n'est plus un sujet depuis que l'égalité a progressé dans le droit, la chance de voir se réaliser les changements évoqués ici me paraissent faibles sans un effort collectif militant conséquent.

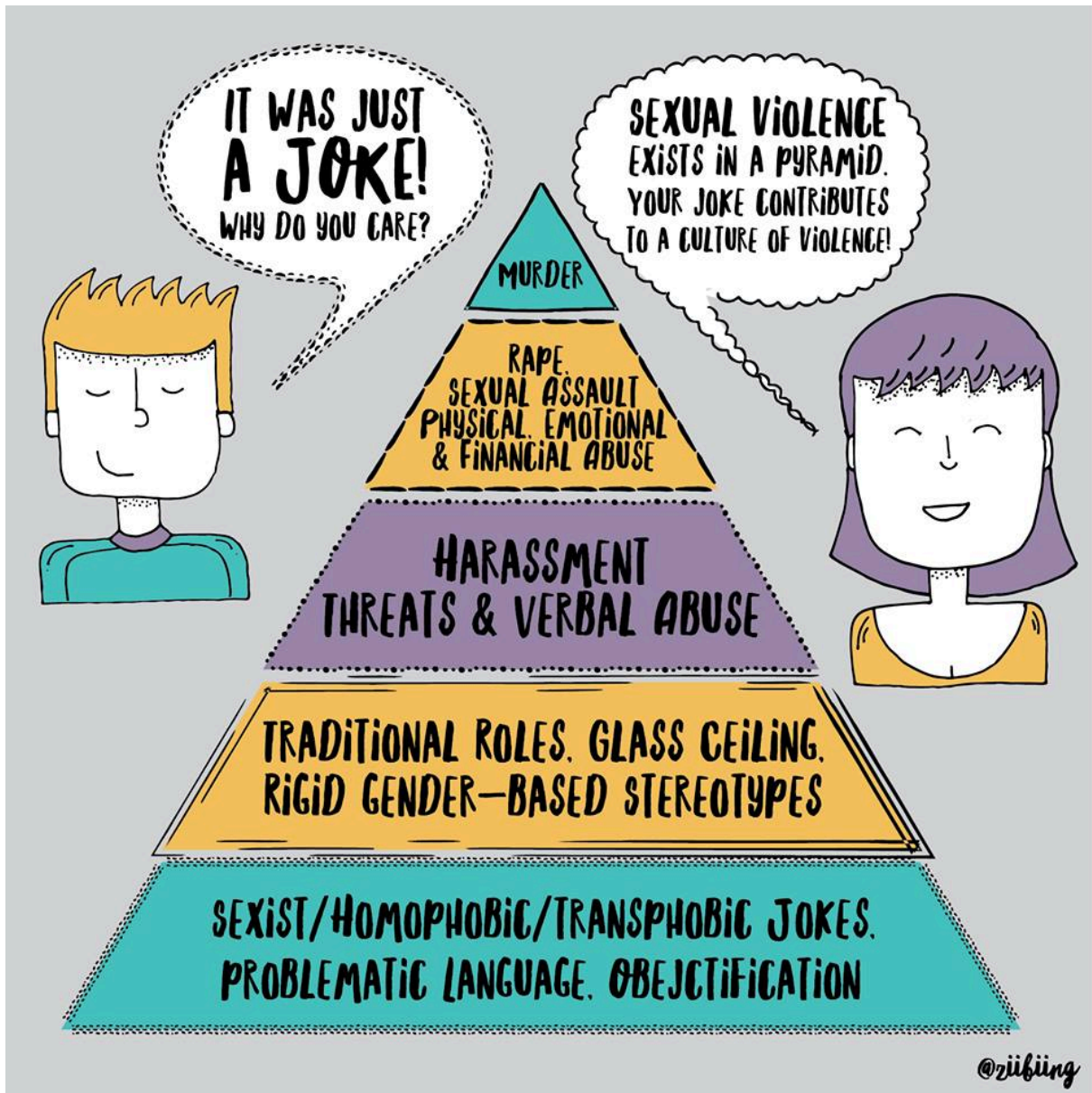
Conclusion

Dans ce travail, je me suis intéressée aux violences gynécologiques et obstétricales car elles constituent un point d'entrée à une réflexion plus large sur le traitement des femmes, au cours de leur vie sexuelle et reproductive, par le système de santé. L'apport de chercheurs et chercheuses féministes sur cette question est conséquent et, par mon parcours en études de genre, j'étais curieuse de mieux connaître ce corpus et découvrir en quoi il pouvait éclairer la pratique en santé sexuelle. J'ai ainsi essayé de poser un regard de professionnelle de la santé sur ce sujet, en m'intéressant aux « angles morts » de notre métier : VGO, violence institutionnelle, et plus largement place des spécialistes en santé sexuelle dans le cadre normatif évoqué. En convoquant des textes de différentes disciplines (droit, psychologie, histoire, anthropologie, sociologie) proposant une lecture féministe, j'ai également voulu me confronter aux critiques émises envers le personnel et les institutions de santé, dont les spécialistes en santé sexuelle font partie. Mais les sciences sociales, se proposant de comprendre les pratiques des individus en s'intéressant au contexte dans lequel ils évoluent, ont cela d'intéressant qu'elles permettent de sortir d'une vision simpliste tout en offrant la possibilité de développer des outils de changement social. J'ai ainsi pu relever l'importance de prendre en compte le processus de contrôle et de surveillance sociale, l'histoire de la gynécologie, les reconfigurations de l'autonomie des patient·e·s et des médecins récemment, les critiques émises par les mouvements de santé des femmes ou encore la difficulté à introduire les principes d'EBM dans la pratique pour comprendre la survenue de violences dans le cadre institutionnel. Ces éléments me paraissent très pertinents pour la pratique en santé sexuelle, puisqu'ils nous permettent d'élargir notre vision des violences (et ainsi de les aborder dans notre travail) en nous invitant également à entamer une réflexion sur notre propre position dans ce système normatif... et éventuellement à militer pour politiser la santé sexuelle !

Par manque de temps et de place, je n'ai pas abordé dans ce travail les autres rapports de domination (classe, race, âge, orientation sexuelle), pourtant aussi à l'œuvre et parfois traités dans certains textes. J'ai peu développé le lien avec les droits sexuels et n'ai pas interrogé la place des normes, nécessaires pour l'organisation de la société mais limitantes à certains égards. Autant de perspectives réjouissantes pour de futures recherches !

Annexe 1 : la pyramide de la violence

Cet exemple, en anglais, est l'une des nombreuses illustrations que l'on peut trouver sur internet. Source inconnue.



Bibliographie

Arnal, M. (2018). Les enjeux de l'accouchement médicalisé en France et au Québec. *Travail, genre et sociétés*, 39(1), 201-206.

Bailat, L. (2018, 18 novembre). J'ai eu l'impression qu'un wagon me déchirait les entrailles. *Le Matin Dimanche*, p. 2-3.

Bajos, N. & Ferrand, M. (2004). La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ? *Sciences Sociales et Santé*, 22(3), 117-142.

Boulet, E. (2018). Avant que l'enfant paraisse. La grossesse en milieu populaire, entre reconduction et renforcement des rapports de domination. *Genèses*, 111(2), 30-49.

Burgnard, S. (2010). Pouvoir masculin sur corps féminin : la critique féministe du pouvoir médical en Suisse romande (1970-1987). *Annuaire suisse d'histoire économique et sociale*, 24, 145-156.

Burton-Jeangros, C., Hammer R., & Maffin, I. (2014). Pratiques professionnelles et contextes institutionnels autour de la naissance. Dans C. Burton-Jeangros (dir.), *Accompagner la naissance : Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande* (pp. 5-30). Bangkok : BSN Press.

Cardi, C. (2007). La « mauvaise mère » : figure féminine du danger. *Mouvements*, 49(1), 27-37.

Cardi, C. & Quagliariello, C. (2016). Corps maternel. Dans : Juliette Rennes (dir.). *Encyclopédie critique du genre : Corps, sexualité, rapports sociaux* (pp. 170-182). Paris : La Découverte.

Cascales, B. & Négrié, L. (2018). L'accouchement, une question clivante pour les mouvements féministes ? *Travail, genre et sociétés*, 39(1), 179-185.

Charlap, C. (2015). La question de la ménopause dans le contexte français : Entre médicalisation genrée et résistances des femmes. *Gérontologie et société*, 37, 148(1), 123-134.

Charmillot, M. & Jacot-Descombes, C. Penser l'éducation sexuelle à partir des droits sexuels. *Recherches & éducations*, 21. Récupéré de <http://journals.openedition.org/rechercheseducations/6758>

Christinaz, C. (2017, 7 septembre). Violences obstétricales : les femmes brisent le tabou. *Le Temps*.

Debest, C. & Hertzog, I.-L. (2017). *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48(2), 29-51.

Déchalotte, M. (2017). *Le livre noir de la gynécologie*. Paris : Editions First.

Déchalotte, M. & Teste, F. (2015). *Collection Témoignages : Maltraitements gynécologiques*. [Documentaire audio en ligne]. Paris : France Culture. Récupéré de : <https://www.franceculture.fr/emissions/sur-les-docks/collection-temoignages-maltraitance-gynecologique>

Ehrenreich, B. & English, D. (2016). *Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes soignantes*. Traduction française par L. Lame. Paris : Editions Cambourakis. (Ouvrage original publié en 1973).

Emma. (2016, 10 juin). L'histoire de ma copine Cécile. [Billet de blog]. Consulté à <https://emmaclit.com/category/feminisme/>

Faludi, S. (1991). *Backlash: The Undeclared War Against American Women*. New York : Crown.

Faure, N. (2018). Paye (pas) ton gynéco. [Documentaire vidéo en ligne]. Consulté le 15.08.2019 à <https://www.youtube.com/watch?v=fsRZ59Urc2I>

Fischbach, F. (2011). *Le capitalisme, entre crainte et consentement*. [Compte rendu de l'ouvrage *Capitalisme, désir et servitude. Marx et Spinoza*, de F. Lordon]. *La vie des idées*. Récupéré de : <https://laviedesidees.fr/Le-capitalisme-entre-contrainte-et.html>

Forum (2018, 11 novembre). Violences gynécologiques en Suisse : débat entre Rebecca Ruiz et Martin Winckler. [Émission audio en ligne]. Lausanne : RTS. Consulté le 15.08.2019 à <https://www.rts.ch/play/radio/forum/audio/violences-gynecologiques-en-suisse-debat-entre-rebecca-ruiz-et-martin-winckler?id=9990065>

Franeczek, M.-L. (2018). *Violence obstétricale : essai de définition à partir de la littérature scientifique* (Travail de diplôme). École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée.

Gouilhers-Hertig, S. (2014). Vers une culture du risque personnalisée : choisir d'accoucher à domicile ou en maison de naissance. *Socio-anthropologie*, 29, 101-119.

Guillaume, B. (2012). Deux critiques du consentement. *Raisons politiques*, 46(2), 67-78.

Guyard, L. (2008). *La médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique*. Thèse de sociologie, Université de Paris X, Nanterre.

Guyard, L. (2010a). Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir. *Nouvelles Questions Féministes*, 29(3), 44-57.

- Guyard, L. (2010b). Chez la gynécologue: Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines. *Ethnologie française*, 40(1), 67-74.
- Héritier, F. (1996). *Masculin/Féminin. La pensée de la différence* (tome 1). Paris : éditions Odile Jacob.
- Haut Conseil à l'Égalité. (2018, 29 juin). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical*. République française.
- Jaunait, A. & Matonti, F. (2012). L'enjeu du consentement. *Raisons politiques*, 46(2), 5-11.
- Kelly, L. (2019). Le *continuum* de la violence sexuelle. *Cahiers du Genre*, 66(1), 17-36.
- Knibiehler, Y. (2000). *Histoire des mères et de la maternité en Occident*. Paris, PUF, Que sais-je ?
- Lahaye, M.-L. (2016). Qu'est-ce que la violence obstétricale ? [Billet de blog]. Consulté le 15.08.2019 à <http://marieaccouchela.net/index.php/2016/03/09/quest-ce-que-la-violence-obstetricale/>
- Lahaye, M.-H. (2018, 9 mars). *Accouchement : les femmes méritent mieux*. Paris : Michalon.
- Lieber, M. & Roca i Escoda, M. (2015, 21 septembre). Violences envers les femmes en Suisse. *Reiso*. Récupéré de : <https://www.reiso.org/articles/themes/genre/378-violences-envers-les-femmes-en-suisse>
- Löwy, I. (2005). Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? Le *Women Health Movement* et la recherche médicale aux Etats-Unis. *Travail, genre et sociétés*, 14(2), 89-108.
- Mathieu, M. & Ruault, L. (2014). Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance. *Politix*, 107(3), 33-59.
- Mbarga, J. (2015). Femmes et gynécologues dans le champ de la ménopause. *Revue médicale suisse*, 11, 1815-1817.
- Ménoret, M. (2006). Prévention du cancer du sein : cachez ce politique que je ne saurais voir. *Nouvelles Questions Féministes*, 25(2), 32-47.
- Michel, C. & Squires, C. (2018). Entre vécu de l'accouchement et réalité médicale : les violences obstétricales. *Carnet PSY*, 220(8), 22-23.
- Morel, M.-F. (2018). Naître à la maison d'hier à aujourd'hui. *Travail, genre et sociétés*, 39(1), 193-199.
- OMS. (2006). *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health*, 28-31 January 2002. Genève, OMS. Consulté le 24.08.2019 à http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

- Ovidie (2019). *Tu enfanteras dans la douleur*. [Documentaire en ligne]. ARTE France. Consulté le 15.08.2019 à <https://www.arte.tv/fr/videos/081587-000-A/tu-enfanteras-dans-la-douleur/>
- Pateman, C. (2010). *Le contrat sexuel*. (Edition originale : 1988). Paris : La Découverte.
- Perrenoud, P. (2014). Naissance et évolution des pratiques : entre *Evidence-Based Medicine*, expérience et intuition. Dans : Claudine Burton-Jeangros (éd.), *Accompagner la naissance : Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande* (p. 133-154). Bangkok : BSN Press.
- Pruvost, G. (2018). Le monde de la naissance alternative : une myriade de points de vue féministes. *Travail, genre et sociétés*, 39(1), 207-213.
- Quagliariello, C. (2017). « Ces hommes qui accouchent avec nous ». La pratique de l'accouchement naturel à l'aune du genre. *Nouvelles Questions Féministes*, 36(1), 82-97.
- Quéré, L. (2016). Lutttes féministes autour du consentement. Héritages et impensés des mobilisations contemporaines sur la gynécologie. *Nouvelles Questions Féministes*, 35(1), 32-47.
- Ruault, L. (2015). La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine. *Nouvelles Questions Féministes*, 34(1), 35-50.
- Ruault, L. & Quagliariello, C. (2017). Accoucher de manière "alternative" en France et en Italie. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48(2), 53-74.
- Schnegg, C. (2007). L'avortement médicamenteux : de la technique à l'expérience. La méthode abortive en question. *Nouvelles Questions Féministes*, 26(2), 60-72.
- Thomé, C. & Rouzaud-Cornabas, M. (2017). Comment ne pas faire d'enfants ? *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48(2), 117-137.
- Ventola, C. (2014). Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. *Genre, sexualité et société*, 12. Consulté le 21.08.2019 sur <https://journals.openedition.org/gss/3215>
- Vigarello, G. (1998). *Histoire du viol 19e-20e siècle*. Paris : Seuil.
- Vuille, M. (2016). Gynécologie. Dans : Juliette Rennes (dir.). *Encyclopédie critique du genre : Corps, sexualité, rapports sociaux* (pp. 283-292). Paris : La Découverte.
- Vuille, M. (2017). Le respect dans les soins gynécologiques : un enjeu de mobilisation féministe. *Chronique féministe*, 118, 5-7.
- Vuille, M., Rey, S., Fussinger, C. & Cresson, G. (2006). La santé est politique. *Nouvelles Questions Féministes*, 25(2), p. 4-15.