

Entre violences institutionnelles et de genre

Regards sur les violences gynécologiques et obstétricales





: lien consultable en ligne ou téléchargeable

La présente analyse s'inscrit dans le cadre d'un projet collectif de recherche sur le thème des violences institutionnelles. Ce projet rassemble différentes publications portant chacune sur une institution particulière et sur les violences qu'elle peut générer vis-à-vis de ses usagers et/ou de ses membres. Dans le cadre de ce projet, on entend par institution toute organisation ou tout établissement, privé-e ou public/que, qui établit des règles de fonctionnement, de vie et de pensée et, par ces règles, exerce un contrôle total ou partiel sur la vie de ses agents et bénéficiaires. Nous définissons la notion de violence institutionnelle comme toute violence qui trouve ses origines dans le (dys)fonctionnement même d'une institution, soit que cette violence provienne d'une logique d'intervention propre à l'institution, soit qu'elle relève de l'inaction ou du laisser-faire des responsables de cette institution. Selon son sens le plus commun, cette violence peut consister en une atteinte à l'intégrité physique, psychologique et/ou sexuelle des usagers ou des membres de l'institution. Mais la violence institutionnelle peut également être diffuse et se manifester dans les rouages structurels de l'institution sous la forme de discriminations systématiques ou d'exploitation économique. Chacune des publications a pour objectif de repérer ces violences dans une institution particulière, d'en décrire la nature institutionnelle, d'en identifier les potentielles causes et de déceler la marge d'action dont peuvent se saisir les sujets concernés pour les enrayer.

Introduction

Primum Non Nocere. « En premier ne pas nuire ». Il s'agit d'un principe issu des textes hippocratiques et enseigné aux étudiant-e-s en médecine. S'il préconise de ne pas faire plus de mal par le biais de l'intervention médicale, ce principe semble parfois faire défaut. En effet, la médecine, telle qu'elle apparaît en tant qu'institution, peut être vectrice de violences envers ses bénéficiaires. Par ses normes, ses habitudes, ses procédures, elle s'inscrit comme un système amenant intrinsèquement l'apparition de certaines violences. Parmi celles-ci, à l'intersection entre des violences institutionnelles et des violences de genre, se trouvent les violences gynécologiques et obstétricales. L'objectif de cette analyse sera d'énoncer les contours de ces dernières afin de mieux comprendre ses finalités, les expériences vécues et d'amorcer des pistes de solution.

Ainsi, dans un premier temps, nous évoquerons la définition, les différents actes pouvant être perçus comme violents et les conséquences spécifiques aux violences gynécologiques et obstétricales. Dans un deuxième temps, nous analyserons le caractère institutionnel de ces violences, en tentant de comprendre comment ces dernières apparaissent comme relevant d'un système ancré dans une histoire, des normes, des habitudes et des procédures, et non pas simplement comme le fruit de dérives individuelles de la part de membres du personnel soignant. Enfin, dans un troisième temps, nous tenterons d'esquisser des pistes de solutions et de réponses face à ces violences gynécologiques et obstétricales, et ce, tant du point de vue juridique et médical que dans le chef des patientes.

Si certain-e-s peuvent avoir en tête l'histoire de praticien-ne-s explicitement malveillant-e-s lorsqu'il est question des violences gynécologiques et obstétricales, il est fondamental de rappeler le cadre dans lequel s'inscrit cette analyse (et il sera répété à plusieurs reprises) : il s'agit ici de concevoir ces violences comme le résultat d'une institution et du système qu'elle construit et non pas comme des dérives individuelles de la part des agents qui la composent. Les médecins, infirmier-ère-s, aide-soignant-e-s, sages-femmes, etc. ne sont pas des êtres malveillants en puissance, mais agissent selon des protocoles, des normes et des pressions institutionnelles (que certain-e-s n'hésitent pas à questionner et dénoncer par ailleurs) et qui produisent dans certains cas des violences auprès des patient-e-s. Aussi, c'est sur ce point que nous nous pencherons en tentant de répondre à la question : de quelle manière l'institution médicale, au sein des disciplines gynécologiques et médicales, crée-t-elle des violences ?

Tout au long de cette analyse, nous appuierons des éléments issus de la littérature scientifique par des éléments de terrain et ce au travers du témoignage d'Olivia¹. Olivia est une jeune femme de 23 ans qui depuis ses 18 ans a consulté environ neuf gynécologues différent-e-s en raison de douleurs importantes. Au-delà de consultations autour des contraceptifs et une opération

¹ Par soucis d'anonymisation, il s'agit d'un nom d'emprunt. Notez également que le témoignage d'Olivia sera le seul apparaissant dans cette analyse, bien que davantage de personnes aient été contactées. Plusieurs d'entre elles ont hésité et puis refusé que leur témoignage soit publié, même anonymement, et ce en raison du caractère intime des situations évoquées. Pour respecter leur demande, seul le témoignage d'Olivia sera mobilisé et bien qu'il ne soit pas généralisable, il constitue, à lui seul, une représentation fine d'une certaine expérience de violences gynécologiques, exemplifiant (malheureusement) ses tenants et aboutissants à plusieurs égards.

pour une infection, Olivia a vécu ce qu'on pourrait appeler une errance médicale, puisque ce n'est que récemment qu'une gynécologue a fait le lien entre les fortes douleurs ressenties et une probable endométriose. Son témoignage étayera ainsi des éléments plus « théoriques » afin d'en démontrer la réalité et d'exemplifier les effets de telles violences auprès des patientes.

Finalement, notez que lorsque nous évoquerons, dans cette analyse, les « femmes » nous comprendrons les femmes cisgenres consultant ou ayant consulté un-e praticien-ne en gynécologique et/ou en obstétrique. Cependant, il convient de rappeler que les personnes non binaires, intersexes et les personnes transgenres peuvent également être concerné-e-s par ce type de suivi et donc être potentiellement victimes des violences dont nous allons discuter.

I. Contours des violences gynécologiques et obstétricales

Entre ses 15 et 45 ans, une femme vivra, en moyenne, une cinquantaine de consultations gynécologiques et obstétricales (ce chiffre étant bien plus élevé que pour d'autres suivis médicaux) ². Or, il semble que ces consultations puissent amener, dans certaines situations, des violences spécifiques : des violences gynécologiques et obstétricales. Depuis quelques années déjà, les réseaux sociaux portent les témoignages glaçants de certaines femmes ayant vécu des violences de ce type. Ceux relayés par #PayeTonUtérus ou #BalanceTonUtérus en sont des exemples.

Dès lors, comment comprendre les violences gynécologiques et obstétricales et de quelle manière se donnent-elles à voir ?

² LOPEZ, J. « Violences obstétricales : des faits loin d'être "isolés" », *La Libre*, 29 juin 2018, [en ligne :] <https://www.lalibre.be/dernieres-depeches/afp/2018/06/29/violences-obstetricales-des-faits-loin-detre-isoles-AZQSWWI6S5DVTE-DWR5KXZ6PWEM>, consulté le 22 mars 2022.

A. Définition

Marie-Hélène Lahaye, juriste bruxelloise et autrice du blog *Marie accouche là* définit les violences obstétricales comme :

*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 enceinte ou de la parturiente.*³

De sa définition, elle pointe ainsi quatre éléments importants. Premièrement, lorsqu'elle évoque « tout comportement, acte, omission ou abstention », il ne s'agit pas seulement de comportements posés par le personnel médical, mais également de leur attitude, les mots et paroles utilisés, le manque de respect, l'infantilisation des femmes, etc. Ainsi, il ne s'agit pas que d'actes de violences physiques ou sexuelles, mais également des violences davantage psychologiques ou symboliques.

Deuxièmement, il s'agit d'actes posés par le personnel de santé, et donc non pas seulement de la part des gynécologues ou obstétricien-ne-s mais également des sages-femmes, des médecins, des infirmier-ère-s, des pédiatres, anesthésistes, aides-soignant-e-s, kinésithérapeutes, etc. et ce dans le cadre d'une consultation ou d'une intervention médicale.

Troisièmement, il s'agit également de comprendre ces actes comme n'étant pas justifiés médicalement. La juriste fait ainsi référence à l'*evidence based medicine*, soit une médecine basée sur des faits et des preuves scientifiques consciencieusement et judicieusement mobilisées pour proposer une prise en charge clinique personnalisée pour chaque patient-e. Dès lors, comme le rappelle Marie-Hélène Lahaye, des actes non justifiés par une base scientifique solide mais par des propos tels que « *c'est pour faciliter l'organisation du service* », « *c'est le protocole* », « *ça permet au gynécologue d'être plus confortablement installé, mieux voir ou mieux contrôler la situation* » ou encore « *C'est ce qu'on m'a appris pendant mes études* » constituent des violences.

³ LAHAYE M.-H. « Qu'est-ce que la violence obstétricale ? », *Marie accouche là*, 09 mars 2016, [en ligne :] <http://marieaccouchela.net/index.php/2016/03/09/quest-ce-que-la-violence-obstetricale>, consulté le 9 février 2022.

Quatrièmement, l'idée d'un consentement libre et éclairé fait référence à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient⁴. Il est alors question de concevoir toute atteinte au corps sans le consentement de la personne comme une violence. Les termes « libre et éclairé » font référence à la nécessité pour le/la praticien-ne d'informer préalablement la patiente, afin qu'elle puisse consentir à une intervention en toute connaissance de cause, de manière lucide, sans pressions ou menaces, soit que son consentement soit réellement libre (nous en discuterons dans le point III.).

Cette définition et les éléments qui la composent permettent ainsi de comprendre plus précisément ce dont il est question lorsque sont évoquées les violences gynécologiques et obstétricales. Au travers de celle-ci nous pouvons observer et percevoir qu'un acte de violence dans le cadre gynécologique et obstétrical tend à s'inscrire dans une relation où la subjectivité de la patiente est délégitimée voire annihilée⁵. Ici, la patiente, la femme, n'est pas reconnue comme sujet de son expérience personnelle propre, mais comme un corps ou une machine à réparer ou à entretenir, et donc comme un objet.

Les actes de violences dans le cadre gynécologique et obstétrical ne semblent pourtant pas marginaux, puisqu'une femme sur cinq dit avoir vécu des actes délétères lors de son accouchement (épisiotomie, interventions à vif ou point du mari, sans que ça ne soit justifié médicalement). Lorsqu'il s'agit d'une femme racisée ou d'une femme avec un niveau d'études du secondaire ou moins, elles sont une sur quatre à vivre ce genre de violences⁶. De même, une femme sur quatre dit avoir vécu des violences psychologiques lors de son accouchement⁷.

⁴ La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient est consultable en ligne : <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2002/08/22/2002022737/justel>. Nous en discuterons davantage par après.

⁵ MICHEL, C. et SQUIRES C., « Entre vécu de l'accouchement et réalité médicale : les violences obstétricales », *Le carnet PSY*, VIII, 220, 2018, pp.22-33.

⁶ « Accoucher en Belgique francophone avant et pendant le Covid : éléments clés de l'enquête », *Plateforme citoyenne pour une naissance respectée*, novembre 2021, [en ligne :] <https://www.naissancesrespectee.be/wp-content/uploads/2022/03/Rapport-1.pdf>, consulté le 18 mars 2022.

⁷ *Ibid.*

B. Une gradation d'actes de violence

Ainsi, au regard de la définition des violences gynécologiques et obstétricales que nous avons évoquées ci-dessus, concrètement de quelle manière ces violences s'observent-elles ?

En France, le Haut Conseil à l'égalité entre femmes et hommes expose, à titre indicatif, une typologie de six actes sexistes pouvant prendre place dans le cadre d'une consultation ou d'une intervention gynécologique ou obstétricale⁸ :

- 1) Non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation.
- 2) Propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, la volonté ou non d'avoir un enfant, qui renvoient à des injonctions sexistes ;
- 3) Injures sexistes.
- 4) Actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente.
- 5) Actes ou refus d'acte non justifiés médicalement.
- 6) Violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol.

Aussi, des violences spécifiques semblent également être apparues lors de la pandémie de Covid-19, en raison notamment des protocoles et mesures en vigueur à l'époque. Ainsi, selon Marie-Hélène Lahaye, trois nouvelles formes de violence ont pu être observées durant la pandémie : l'interdiction de la présence du coparent ou d'un-e accompagnateur-ice, l'obligation du port du masque durant l'accouchement et une augmentation des déclenchements non justifiés médicalement⁹.

⁸ BOUSQUET, D., COURAUD G. et COLLET M. « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme », *Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes*, 26 juin 2018, [en ligne :] https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf, 9 février 2022.

⁹ Pour plus d'explications, voir : LAHAYE M.-H., « Conjoint interdit, masque, déclenchement : l'explosion des violences obstétricales », *Marie accouche là*, 13 août 2020, [en ligne :] <https://marieaccouchela.net/index.php/2020/08/13/conjoint-interdit-masque-declenchement-lexplosion-des-violences-obstetricales>, consulté le 4 avril 2022.

C. Des conséquences multiples

Les actes évoqués s'inscrivent dans une gradation de violences et peuvent dès lors impliquer diverses conséquences, plus ou moins importantes, dans le chef des patientes.

Premièrement, on peut parfois noter une détresse psychologique auprès de la patiente, prenant la forme d'un sentiment de culpabilité, une perte d'estime de soi ou des angoisses importantes¹⁰. Dans les cas plus graves, notamment en raison d'un accouchement traumatisant¹¹, les patientes peuvent présenter une dépression post-partum ou un syndrome de stress post-traumatique¹². Par exemple, cette détresse psychologique peut être observée dans le témoignage d'Olivia :

Moi c'est la panique totale d'aller chez le médecin. Je suis en stress. Quand c'est lié à ça [au suivi gynécologique] je suis stressée à mort. Mais je sais très bien quand je vais chez le gynécologue, une heure ou deux heures avant, je commence à stresser, j'ai les larmes aux yeux et je tremble¹³.

Deuxièmement, il apparaît, dans certains cas et selon les interventions gynécologiques ou obstétricales exercées, des séquelles physiques parfois per-

¹⁰ PHAN, E., EVRARD, A. et LE CIANE, « À propos du débat sur les violences obstétricales. Position du CIANE », *Revue de médecine périnatale*, IX, 4, 2017, pp.201-202, [en ligne :] <https://www.cairn.info/revue-de-medecine-perinatale-2017-4-page-201.htm>.

¹¹ Pour un regard complet et spécifique sur les conséquences d'un accouchement traumatisant, voir : FENECH, G. et THOMSON, G. « Tormented by ghosts from their past': a meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. », *Midwifery*, XXX, 2, 2014, pp.185-193, [en ligne :] <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613813003513?via%3Dihub>

¹² Par stress post-traumatique, on entend « un état se caractérisant par le développement de symptômes spécifiques faisant suite à l'exposition à un événement traumatique dans un contexte de mort, de menaces de mort, de blessures graves ou d'agression sexuelle », voir BOUSQUET, D., COURAUD G. et COLLET M. « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme », *Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes*, 26 juin 2018, [en ligne :] https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_du_rant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf, 9 février 2022.

¹³ Entretien avec Olivia, 1 mars 2022.

sistantes et invalidantes sur le long terme et impactant la qualité de vie¹⁴. Les femmes vivant ces séquelles peuvent par exemple ressentir de fortes douleurs dans leur quotidien, lors des rapports sexuels, lorsqu'elles s'asseyent, ou qui les empêchent parfois de porter un pantalon¹⁵.

Troisièmement, l'expérience de violences gynécologiques et/ou obstétricales peut amener une perte de confiance envers les professionnel-le-s de santé et l'institution médicale, conduisant parfois à éviter les consultations ou les suivis médicaux (retardant dès lors certains diagnostics et traitements)¹⁶. Cette perte de confiance envers le personnel médical a notamment été rencontrée dans le témoignage d'Olivia :

Au final, tu n'oses plus dire que t'as mal. Maintenant, quand je suis en face d'un gynécologue, je sais plus si je dois lui dire exactement ce que je ressens et qu'il se dise qu'elle exagère, qu'elle veut qu'on ait pitié et qu'il se dise que ce que je dis n'est pas vrai, ou alors je ne dis rien et là, on va pas me prendre pour une folle mais on ne va pas trouver ce que j'ai quoi¹⁷.

C'est délicat de parler de ça, c'est ton intimité. Dès que tu vas voir un autre médecin tu donnes une partie de ton intimité et ils n'en font rien, donc tu n'y crois plus. Tu ne crois plus qu'on va t'écouter¹⁸.

Enfin, quatrième, on observe des effets sur les relations professionnelles, les relations sociales, familiales et conjugales. En effet, lorsqu'un accouchement traumatique a lieu, la femme l'ayant vécu peut vouloir se mettre en arrêt de travail pour faire face aux maltraitements subies, impactant alors sa vie professionnelle et provoquant dans certains cas une reprise tardive, voire une démission¹⁹. De même, l'errance médicale et les arrêts de travail peuvent impliquer un moindre apport financier et de facto une précarité financière²⁰. Concernant les relations familiales et conjugales, on observe parfois une vie

¹⁴ BOUBAKRI B., BOUHALLIER, J., LY, A., MARCENDE, E., et H C. « Préconisations provisoires de L'Institut de Recherches et d'Actions pour la Santé des Femmes (I.R.A.S.F) Contre les violences obstétricales et gynécologiques », Institut de Recherche & d'Action pour la Santé des Femmes, 11 octobre 2017, [en ligne :] <https://www.irasf.org/wp-content/uploads/2018/04/IRASF-Pre%CC%81conisations-provi-soires-261017.pdf>, consulté le 9 février 2022.

¹⁵ BOUSQUET, D., COURAUD G. et COLLET M., op. cit.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Entretien avec Olivia, 1 mars 2022.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ BOUSQUET, D., COURAUD G. et COLLET M., op. cit.

²⁰ BOUBAKRI B., BOUHALLIER, J., LY, A., MARCENDE, E., et H C., op. cit.

sexuelle dégradée, une remise en question de l'idéal familial ou une crainte quant à entreprendre une grossesse ultérieure²¹. D'autre part, la création d'un lien d'attachement avec l'enfant peut également être mise à mal²². L'expérience de violences gynécologiques et obstétricales peut également impacter les relations sociales de manière large. Par exemple, Olivia explique :

J'avais beaucoup d'amis qui me disaient « t'exagères en fait, tu en profites en disant que tu ne vas pas bien pour pas qu'on se voit, parce que t'as pas envie de sortir de chez toi »²³.

Notons finalement que les violences portées à l'encontre des femmes consultant en gynécologie ou en obstétrique peuvent entraîner des conséquences plus importantes auprès des femmes ayant été victime de violences sexuelles par le passé. En effet, selon Anne Evrard, co-présidente du Ciane (un collectif français inter-associatif autour de la naissance), les suivis en gynécologie-obstétrique ne se montrent que peu attentifs aux violences conjugales ou sexuelles, et aux traumatismes potentiels des patientes. Le risque est alors d'ajouter des violences supplémentaires à des traumatismes déjà présents²⁴.

II. Les violences gynécologiques et obstétricales comme violences institutionnelles

Peut-on considérer les violences gynécologiques et obstétricales comme des violences institutionnelles ? Peut-on raisonnablement penser ces violences (en tout cas dans leur majorité), non pas comme le fait de dérives individuelles de la part de certains membres du corps médical, mais comme le fait d'une médecine institutionnalisée ?

²¹ « Violences obstétricales: comprendre, prévenir, réparer », Collectif interassociatif autour de la naissance, 17 octobre 2017, [en ligne :] <https://ciane.net/2017/10/violences-obstetricales-comprendre-prevenir-reparer/#:~:text=Le%20concept%20de%20%E2%80%9Cviolences%20obst%C3%A9triques,av%C3%A9r%C3%A9e%20et%20doit%20%C3%AAtre%20reconnue>, consulté le 17 février.

²² DEBELLE, M. « Approche féministe et juridique des violences obstétricales » [mémoire], Faculté de droit et de criminologie, Université catholique de Louvain, 2021, [en ligne :] https://dial.uclouvain.be/downloader/downloader.php?pid=thesis%3A29354&datastream=PDF_01&cover=cover-mem, consulté le 17 février.

²³ Entretien avec Olivia, 1 mars 2022.

²⁴ BOUSQUET, D., COURAUD G. et COLLET M., op. cit.

Pour Marie-Hélène Lahaye, juriste belge, les violences gynécologiques et obstétricales s'inscrivent bien dans le cadre de violences institutionnelles tant les normes, les protocoles et les pratiques construites par l'institution médicale visent l'auto-régulation du public au détriment des besoins de celui-ci²⁵. De là, « s'articule une 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)²⁶ ».

Il serait évidemment faux de croire que le personnel médical souhaite explicitement commettre des violences envers leurs patient-e-s. Il est probable que leurs motivations premières à s'inscrire et entamer une formation dans le domaine médical sont liées à la volonté d'aider, de soigner, de prendre soin, ou d'améliorer, voire sauver la vie de l'Autre. De même, si certain-e-s praticien-ne-s se montrent explicitement malveillant-e-s envers leurs patient-e-s, cela ne constituerait qu'une part extrêmement marginale du corps médical et dès lors la plupart des praticien-ne-s ne se rendent probablement pas compte des actes de violences qu'ils et elles commettent dans le cadre gynécologique ou obstétrical. Dès lors, comment comprendre l'apparition de telles violences, amenant parfois à de tels traumatismes ? Comment des médecins, des sages-femmes, des kinésithérapeutes, des infirmier-ère-s, etc. en arrivent-ils à commettre des actes violents lors de leur pratique professionnelle ? Les réponses peuvent peut-être alors se trouver dans la manière dont s'est construite et institutionnalisée la médecine occidentale...

Pour comprendre le caractère institutionnel des violences gynécologiques et obstétricales, il convient dès lors de comprendre les conditions historiques d'émergence de la médecine occidentale institutionnalisée, et comment celle-ci, aujourd'hui comme dans le passé, s'est attelée à étudier et soigner le corps des femmes, au croisement des enjeux de performativité et de rentabilité économique.

²⁵ PARRAT, C. « Mobilisations féministes autour des violences gynécologiques et obstétricales : enjeux pour la pratique en santé sexuelle » [travail de diplôme], Haute École de Travail Social, Genève, septembre 2019.

²⁶ Ibid.

A. Aux origines d'une médecine officielle masculine

Depuis des siècles d'Histoire humaine, certaines femmes étaient guérisseuses, des soignantes dont les connaissances des plantes et des remèdes naturels étaient transmises de bouche-à-oreille et de générations en générations. Au Moyen Âge, avant l'avènement d'une médecine moderne et officielle institutionnalisée, ces femmes, passant de village en village, étaient celles qui soignaient, qui pratiquaient l'avortement, qui guérissaient, qui accouchaient²⁷. Elles possédaient des connaissances en anatomie et en médecine qui entrèrent rapidement en concurrence avec la médecine officielle (masculine) naissante. La création d'une nouvelle profession, celle de médecin, ne concernait dès lors que les hommes, était régie par des lois, et soutenue par les classes dirigeantes²⁸. Ainsi, deux médecines se faisaient face : l'une, davantage féminine, prenant place de manière informelle dans les bourgades auprès des paysan-ne-s et des pauvres, l'autre, masculine, soutenue par le droit et s'intégrant progressivement à l'université, s'organisait autour du soin des personnes issues des classes dominantes. Pour l'Église, cette dernière était la seule forme acceptable de médecine.

Ainsi, dès lors que la professionnalisation de la médecine apparaît, celle-ci s'opère par l'exclusion des femmes soignantes et de leurs savoirs par les hommes, certes via la loi (seuls les hommes pouvaient suivre des cours universitaires et donc devenir médecins), mais également par leur élimination au cours des chasses aux sorcières.

La chasse aux sorcières a ainsi pris place en Europe à la fin du Moyen Âge et à la Renaissance. Les guérisseuses et les sages-femmes, détentrices d'un certain savoir médical (et donc d'un certain pouvoir), ont notamment été persécutées et assassinées sous le prétexte que leurs pratiques relevaient de la magie ou de la superstition²⁹. Ces femmes qui avortent, qui soignent et qui détiennent un savoir médical empirique sont alors poursuivies et écartées au

²⁷ EHRENREICH, B. et ENGLISH, D., *Sorcières, sages-femmes et infirmières : une histoire des femmes soignantes*, Paris : Cambourakis, 2016.

²⁸ *Ibid.*

²⁹ MOUGIN, M., « La chasse aux sorcières n'est pas le fait du Moyen Âge... », *France Inter*, 4 décembre 2018, [en ligne :] <https://www.franceinter.fr/culture/la-chasse-aux-sorcières-la-face-cachee-de-la-renaissance>, consulté le 16 février 2022.

profit de ces nouveaux médecins-hommes³⁰. Cette exclusion s'est également donnée à voir notamment au travers d'une relégation à un rôle de subalterne, celle d'infirmière ou d'aide-soignante³¹.

Au-delà de l'exclusion des femmes soignantes³², la construction d'une médecine occidentale institutionnalisée et exclusivement masculine a également amené un contrôle de la reproduction à travers les corps des femmes³³. En effet, depuis l'antiquité, les femmes possédaient un quasi-monopole des connaissances sur l'accouchement, les grossesses, voire les avortements³⁴. Mais au xv^e siècle, notamment au travers de la chasse aux sorcières, les femmes sages-femmes se sont vues dépossédées de leurs prérogatives au profit des hommes-médecins, qui en parallèle se spécialisaient en gynécologie et en obstétrique. Petit à petit ces disciplines médicales apparaissent comme une science de la féminité, féminité perçue comme faible et pathologique par essence, nécessitant dès lors des traitements quasi continus³⁵.

Le pouvoir de la blouse blanche

En parallèle à la mise à l'écart des femmes de certaines fonctions médicales, s'est instauré un rapport autoritaire et hiérarchique où l'homme médecin, savant et sachant, trônait. L'image du médecin en blouse blanche acquiert progressivement dans

³⁰ Notons qu'à l'époque, là où les femmes soignantes possédaient un savoir réel, lié à leurs expériences de terrain, leurs observations et les échanges qu'elles opéraient entre elles pour aider au mieux les personnes en recherche de soin, la médecine officielle naissante s'intégrait dans la faculté de théologie, où les saignées et lavements étaient préconisés et où la théorie des humeurs était développée, voir SIMON, M-A. « Sur les traces de la chasse aux sorcières », *Femmes Plurielles*, 21 août 2018, [en ligne :] <https://www.femmes-plurielles.be/de-la-chasse-aux-sorcières>, consulté le 16 février 2022.

³¹ EHRENREICH, B. et ENGLISH, D., op. cit.

³² Pour comprendre davantage les enjeux sociaux, politiques, démographiques et économiques des chasses aux sorcières, voir : FEDERICI, S., *Caliban et la Sorcière. Femmes, corps et accumulation primitive*, 2017, Paris : Entremonde.

³³ PARRAT C., op. cit.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ GUYARD, L., « Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir », *Nouvelles Questions Féministes*, III, 29, 2010, pp.44-57, [en ligne :] <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2010-3-page-44.htm>, 16 février 2022.

les imaginaires populaires une place centrale. Le médecin sait, le médecin sauve, le médecin est un expert, le médecin ne doit donc pas être remis en question.

Ce pouvoir implicite et autoritaire de celui qui porte la blouse blanche n'est pas sans rappeler la célèbre expérience de Stanley Milgram, où des participant-e-s étaient invité-e-s à administrer une pseudo décharge électrique létale à un comparse sous les encouragements d'une personne habillée en blouse blanche faisant marque d'autorité³⁶.

Ce que cela expose c'est bien l'autorité quasi incontestable et l'aura presque mystique entourant l'image de celui (ou celle) qui porte la blouse blanche, et donc dans certains cas, le-a médecin. Dans cette situation, la remise en question de ses actes, de ses préconisations, de ses paroles devient, pour les patient-e-s, une mission presque impossible. Parce qu'après tout, il est médecin, il a fait de longues études et il sait sûrement mieux que nous ce qu'il faut faire...

B. Des normes et des procédures à questionner

Cette construction de la gynécologie et de l'obstétrique s'est donc opérée autant au travers d'enjeux de classe et de genre, puisque ce sont bien une médecine populaire et une médecine procurée par les femmes qui ont été écartées. Il est alors apparu une médecine gynécologique et obstétricale soumise à une expertise masculine où le corps des femmes et la reproduction sont contrôlés et rendus pathologiques. Si la médicalisation, le développement des traitements antibiotiques et des découvertes médicales majeures ont permis, certes, une meilleure prise en charge des grossesses à risque, diminuant drastiquement la mortalité infantile et maternelle, il convient toutefois de comprendre comment historiquement s'est construite la médecine occidentale. Ce bref regard vers notre passé permet ainsi d'observer les contours d'un processus institutionnel s'étalant sur des siècles et ayant amené les femmes et leur corps au centre d'un processus médical normatif et contrôlant.

³⁶ FITCH BORIBON, G., « L'expérience de Milgram et la soumission à l'autorité », RTBF, 11 avril 2018, [en ligne :] <https://www.rtb.be/article/l-experience-de-milgram-et-la-soumission-a-l-autorite-9889689>, consulté le 17 mars 2022.

Ce contrôle passe ainsi par une médicalisation accrue des grossesses et de l'accouchement mais aussi de la vie sexuelle et reproductive des femmes³⁷.

Par exemple, on peut observer cette question de contrôle par le fait que les jeunes femmes sont invitées à être suivies annuellement par un·e gynécologue dès le début de l'activité sexuelle. Or, Martin Winckler, médecin français, dénonce à certains égards le bien-fondé de ce suivi :

L'idée selon laquelle il faudrait pratiquer, « dès le début de l'activité sexuelle, puis tous les ans », un examen gynécologique, un examen des seins et un frottis « pour ne pas passer à côté de quelque chose » (sous-entendu : un cancer du col, de l'ovaire ou des seins) est médicalement infondée, a fortiori pour les femmes de moins de trente ans chez qui ces cancers sont très rares et ne sont de toute manière pas dépistés en consultation « tout venant »³⁸.

Mais pourquoi seules les femmes suivent-elles ce passage obligé du suivi gynécologique ? On imagine mal un père prendre rendez-vous chez un urologue ou un andrologue dès les premières activités sexuelles de son fils, et de poursuivre ce suivi annuellement, afin de « ne pas passer à côté de quelque chose ». C'est bien parce que la médecine gynécologique, inspirée d'une société patriarcale large, s'est progressivement institutionnalisée autour d'une pathologisation du corps des femmes que la systématisation et la normativité de ce suivi gynécologique a encore lieu³⁹. Notons également que le suivi répétitif gynécologique ne peut être justifié par davantage de risque de développer un cancer du sein en comparaison au cancer de la prostate par exemple.

³⁷ PARRAT, C. *op. cit.*

³⁸ WINCKLER M., *Les brutes en blanc*, Paris : Flammarion, 2016, p.87.

³⁹ Ce contrôle normatif accru sous-tend une « pathologisation » du corps des femmes : celui-ci, même si aucun trouble ou maladie n'est présent, doit être soumis à des « traitements » préventifs et à des suivis réguliers. Ceux-ci ont lieu tout au long de la vie (reproductive) des femmes : des premières règles, aux premières activités sexuelles, au cours des grossesses, des accouchements et même après la ménopause. D'ailleurs, c'est là qu'apparaît la question du « traitement hormonal de substitution » prescrit aux femmes atteignant la ménopause, puisqu'après tout, la ménopause n'est-elle pas un « problème » qu'il faut résoudre ?

En effet, les cancers du sein chez les femmes de moins de 35 ans⁴⁰ ainsi que les cancers de la prostate chez les hommes de moins de 45 ans⁴¹ sont considérés comme exceptionnels.

De même, parmi les contrôles (quasiment rituels) discutables en obstétrique, on retrouve le défilé de membres du personnel médical qui viennent observer et constater l'avancée d'un accouchement. Ils viennent ainsi, à tour de rôle, insérer deux doigts dans le vagin pour évaluer la dilatation du col de l'utérus, parfois sans prévenir et sans forcément faire preuve de beaucoup de délicatesse. Marie-Hélène Lahaye nous invite à imaginer ce genre de processus pour d'autres interventions médicales. Imaginez être chez le dentiste pour une opération dentaire, et qu'arrivent des inconnu-e-s mettant deux doigts dans votre bouche. De même, imaginez une intervention chez un gastro-entérologue ou un proctologue et que plusieurs personnes du corps médical insèrent à tour de rôle un doigt dans votre anus. La juriste conclut alors : « une telle pratique est inconcevable dans l'ensemble des disciplines médicales sauf en obstétrique, celle qui consiste à accéder au sexe des femmes »⁴².

Ces exemples témoignent de la normativité entourant la surmédicalisation et le contrôle médical accru mis en place autour des femmes et de leur corps. Ce genre de pratiques rend ainsi compte de la manière dont s'institue une médicalisation quasi systématique du corps des femmes, relevant dans certains cas d'une violence symbolique, où les femmes, sans être malades, sont suivies, contrôlées, peu écoutées et où leur intimité ne constitue qu'un objet d'étude et d'intervention comme les autres. Même si, plus globalement, il s'agit d'une déconnexion généralisée du care : les médecins trop soucieux-euses de la technique perdent de vue la relation humaine intrinsèque à une consultation médicale, ainsi que les besoins de la personne qui est soignée.

⁴⁰ « Cancer du sein : les facteurs de risques », Fondation pour la recherche sur le cancer, 10 novembre 2021, [en ligne :] <https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-sein/facteurs-risque-cancer#:~:text=L%27%C3%A2ge,fait%20exceptionnelle%20avant%20%20ans.>, consulté le 21 juin 2022.

⁴¹ « Cancer de la prostate : les facteurs de risques », Fondation pour la recherche sur le cancer, 8 novembre 2018, [en ligne :] <https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-prostate/facteurs-risque-cancer>, consulté le 21 juin 2022.

⁴² LAHAYE, M.-H. « Toucher vaginal, la mainmise sur le sexe des femmes », Marie accouche là, 30 octobre 2013, [en ligne :] <http://marieaccouchela.net/index.php/2013/10/30/toucher-vaginal-la-mainmise-sur-le-sexe-des-femmes/>, consulté le 9 mars 2022.

[...] à ce jour, la formation initiale et continue des professions médicales demeure centrée sur la technique, au détriment de la relation humaine et du respect du consentement⁴³.

Cette perte du sens de l'Autre, du soin, de l'écoute et de l'empathie semble s'être opérée au profit du développement d'un souci de technicité impliquant un détachement de l'objet de soin : le corps apparaît comme une machine qu'il faut réparer, et non pas comme une personne qu'il faut soigner. La formation médicale institutionnelle pousse à se représenter la médecine et la relation aux patient-e-s de cette manière. Olivia témoigne :

[Pendant l'opération], l'assistant était là, je le connaissais pas, il vient et il te demande pas si t'es ok pour regarder. Et qui est là et qui regarde et c'est normal pour tout le monde. Et toi [...] tu ne peux pas dire « euh dégagez » parce que c'est un médecin. Ça, ça m'avait choquée parce qu'il est où le consentement là-dedans ? C'est quand même des parties intimes, tu demandes. Et je pense que c'est tellement normal pour les médecins, qu'ils oublient qu'il y a un être humain en face quoi⁴⁴.

De plus, d'autres interventions, beaucoup plus invasives opérées par le personnel gynécologique ou obstétrical peuvent être considérés, dans certains cas, comme des violences réelles auprès des patientes. Premièrement, a été dénoncée la systématisation de l'épisiotomie, soit « une incision chirurgicale pratiquée dans le périnée à l'aide de ciseaux ou d'un scalpel par la sage-femme ou l'obstétricien dans le but de faciliter la naissance du bébé »⁴⁵. Si cette pratique est recommandée lorsqu'il est impératif que le bébé vienne au monde le plus vite possible, elle semble toutefois avoir été généralisée pour des raisons liées à la prévention de déchirures graves (notamment anales) au

⁴³ BOUSQUET D., COURAUD G. et COLLET M., « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical », Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 26 juin 2018, [en ligne :] https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629-2.pdf, consulté le 9 mars 2022.

⁴⁴ Entretien avec Olivia, 1 mars 2022.

⁴⁵ MAMBOURG F, GAILLY J et ZHANG W.-H., « Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque », Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2010, [en ligne :] https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_139B_recommandations_accouchement_%C3%A0_bas_risque.pdf, consulté le 9 mars 2022.

cours de l'accouchement⁴⁶. Or, d'après de nombreuses études scientifiques, il semblerait que le bien-fondé de la systématisation de l'épisiotomie soit remis en question. Par exemple, en 2018, le conseil national des gynécologues et obstétriciens français a conclu au travers de ses recommandations :

*Il n'y a pas de bénéfice reconnu à la pratique de l'épisiotomie dans l'accouchement normal ; comparé à une pratique libérale de l'épisiotomie, le nombre de périnées intacts est plus grand en cas de pratique restrictive sans augmentation du nombre de lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA). Il n'existe pas de preuve pour indiquer une épisiotomie en cas de présentation du siège, de grossesse gémellaire ou de variété postérieure afin de prévenir une LOSA.*⁴⁷

Malgré les 10 % d'épisiotomie recommandés par l'OMS, la moyenne belge s'élevait en 2016⁴⁸ à environ 31,7 % (dont 28,1 % en Wallonie, 22,6 % à Bruxelles et 44,5 % en Flandre)⁴⁹. Au vu des séquelles pouvant apparaître suite à une épisiotomie (incontinences, douleurs, etc.), certain-e-s médecins, comme Martin Winckler, considèrent l'épisiotomie abusive et pratiquée selon une « habitude » comme une violence pouvant être assimilée à une mutilation génitale⁵⁰.

Une autre pratique relevant d'une violence certaine peut être pointée du doigt : le point du mari. Il s'agit, après une épisiotomie, de recoudre le périnée de telle manière que le vagin soit plus serré qu'il ne devrait l'être d'ordinaire. Cette intervention est légitimée par le fait qu'« un point de suture de plus ou

⁴⁶ COLARD, F. « « C'est l'histoire d'une femme qui va chez la gynéco... » Les violences obstétricales, des exceptions ? », Femmes Prévoyantes Socialistes, 2019, [en ligne :] <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2019/03/Analyse2019-Violences-obstetricales.pdf>, consulté le 9 mars 2022.

⁴⁷ « Prévention et protection périnéale en obstétrique », Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 7 décembre 2018 [en ligne :] http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/ape.rcu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF_RPC_2018-PPPO.pdf&i=21003, consulté le 10 mars 2022.

⁴⁸ LEROY C., DEBAUCHE, C., DAELEMANS, C., DEBIÈVE, F., et VAN LEEUW V., « Santé périnatale en Wallonie. Année 2016 », CEPIP, 2016, [en ligne :] https://www.cepip.be/pdf/rapport_CEPiP_wallonie2016_tma.pdf, consulté le 10 mars 2022.

⁴⁹ Notons une baisse du taux d'épisiotomies en 2020, voir : LEROY C. et VAN LEEUW V., « Santé périnatale en Wallonie. Année 2020 », CEPIP, 2020, [en ligne :] https://www.cepip.be/pdf/rapport_CEPiP_Wal2020_2tma.pdf, consulté le 10 mars 2022.

⁵⁰ FERRY, E. « Épisiotomie : "une mutilation sexuelle" pour Martin Winckler », Ouest-France, 25 juillet 2017, [en ligne :] <https://www.ouest-france.fr/sante/episiotomie-une-mutilation-sexuelle-pour-martin-winckler-5154526>, consulté le 9 mars 2022.

de moins ne changerait rien, alors que pour son partenaire (masculin évidemment), ce resserrement serait source de plaisir supplémentaire »⁵¹. Au travers de cette intervention, les besoins (sexuels, psychologiques, physiques) de la personne « soignée », une femme, sont niés au profit d'une autre, en l'occurrence un homme. De nombreux témoignages, de sages-femmes démontrent la manière dont les femmes, leur santé et leur corps sont (encore) représentés dans le corps médical :

« Je vous la rends comme avant ? » demandait l'obstétricien au mari avec un clin d'œil. Lorsque je m'y opposais, on me traitait de féministe hystérique. Il m'arrive de visiter en suites de couches des femmes recousues trop serré sans qu'on leur ait demandé leur avis. [...]

Claude Vouillot, sage-femme française⁵².

Après un accouchement dans une clinique, j'ai vu un médecin réaliser une série de points (oui, parce qu'on dit « le » point, mais il en fait un peu plus pour que ça tienne) sur la fourchette vaginale, sans bien comprendre. Ce sont ses propres mots, une fois sorti de la chambre de la patiente, qui m'ont éclairci : « Son mari me remerciera, je lui ai refait un vagin de jeune fille ! »

Caroline Reiniche, sage-femme à Paris⁵³.

Si certains membres du corps médical se défendent en renvoyant cette pratique dans le rang de l'anecdotique ou de l'imaginaire des femmes⁵⁴, il semble toutefois que ce point du mari ait été mentionné, voire étudié dans certains cursus jusqu'à fin du siècle dernier⁵⁵. Bien que statistiquement marginal et qu'on pourrait imaginer relevant d'une autre époque, cet acte a toutefois été

⁵¹ COLARD, F., op. cit.

⁵² LETER, L. « Le point du mari, un vrai scandale ? », *Elle*, 17 août 2016, [en ligne :] <https://www.elle.fr/Societe/News/Le-point-du-mari-un-vrai-scandale-2715288>, consulté le 10 mars 2022.

⁵³ REINICHE, C. « «Point du mari» après l'accouchement : je n'y ai pas cru... jusqu'à ce que je le voie », *L'Obs*, 26 mars 2014, [en ligne :] <https://leplus.nouvelobs.com/contribution/1164169-point-du-mari-apres-l-accouchement-je-n-y-ai-pas-cru-jusqu-a-ce-que-je-le-voie.html>, consulté le 10 mars 2022.

⁵⁴ JEANTET, D. « Derrière le « point du mari », le traumatisme de l'épisiotomie », *Le Monde*, 22 avril 2014, [en ligne :] https://www.lemonde.fr/sante/article/2014/04/18/derriere-le-point-du-mari-le-traumatisme-de-l-episiotomie_4403470_1651302.html, consulté le 10 mars 2022.

⁵⁵ Voir DÉCHALOTTE M. *Le livre noir de la gynécologie*, Paris : First Editions, 2017.

au cœur de longues controverses en 2014⁵⁶ et semble encore être pratiqué aujourd'hui, comme le démontre la journaliste Bettina Zourli⁵⁷, ainsi que de nombreux témoignages de femmes comme celui de l'illustratrice Alison Dos Santos⁵⁸.

Malheureusement d'autres procédures gynécologiques et obstétricales ont été pointées du doigt et font figure de violences lorsqu'elles sont pratiquées sans justifications médicales solides. On peut notamment évoquer les pressions abdominales pendant l'accouchement, les interventions à vif (sans anesthésie), ou encore l'injection abusive d'ocytocine de synthèse⁵⁹.

Une médecine ancrée dans des biais androcentriques

Si la gynécologie et l'obstétrique sont apparues comme relevant d'une surmédicalisation du corps des femmes, il apparaît également qu'au regard de la médecine générale, l'homme s'inscrit et apparaît comme la mesure de toute chose. Son corps et sa physiologie constituent, encore aujourd'hui, la norme standard dans les procédures scientifiques et médicales. Les femmes sont alors considérées comme des « déviations » par rapport à cette norme, de telle manière que leurs spécificités physiologiques sont moins prises en compte. Malheureusement, les exemples sont multiples. En pharmacologie, par exemple, certains essais cliniques s'appuient principalement sur des cobayes mâles (humains et non-humains) sous prétexte que la physiologie

⁵⁶ La pratique a été mise au-devant de la scène médiatique en 2014, notamment suite à la parution d'un billet de blog écrit par une ancienne sage-femme, Agnès Ledig, et relayé par Isabelle Alonso, voir : ALONSO I., « Le point du mari », Isabelle Alonso, 2014, [en ligne :] <https://www.isabelle-alonso.com/articles-1/le-point-du-mari-195>, consulté le 11 mars 2022.

⁵⁷ ZOURLI, B. « Le point du mari : des mères françaises se font-elles (encore) recoudre sans leur consentement ? », *Urbania*, 21 juillet 2021, [en ligne :] <https://urbania.fr/article/le-point-du-mari-des-meres-francaises-se-font-elles-encore-recoudre-sans-leur-consentement>, consulté le 11 mars 2022.

⁵⁸ MERCIER, C. « Violences gynécologiques : le point du mari dénoncé dans cette illustration », *Huffington Post*, 24 novembre 2021, [en ligne :] https://www.huffingtonpost.fr/entry/violences-gynecologiques-le-point-du-mari-denonce-dans-cette-illustration_fr_619e5779e4b0f398af0dc704, consulté le 11 mars 2022.

⁵⁹ Il s'agit d'une hormone (synthétisée) déclenchant les contractions et donc l'accouchement.

•••

femelle comporte des facteurs confondants pouvant apporter une mésinterprétation des résultats (comme les cycles hormonaux par exemple)⁶⁰. Ceci est d'autant plus dramatique lorsque l'on sait qu'une étude états-unienne en 1993 évaluant les liens entre l'obésité et le cancer du sein et de l'utérus, a été réalisée auprès d'un panel de sujets masculins⁶¹. Ces biais androcentriques peuvent alors impliquer des problèmes dans le dosage de certains médicaments pour les femmes, et de ce fait amener davantage d'effets secondaires⁶².

Un autre exemple concerne la prise en charge et le diagnostic de certaines pathologies plus ou moins graves. Ainsi, si vous deviez imaginer et décrire les symptômes d'un infarctus du myocarde, vous penseriez probablement à une forte douleur dans la poitrine et une paralysie du bras gauche. Or, ces symptômes sont principalement présents chez les hommes, les femmes atteintes du même trouble connaissent plutôt une douleur diffuse, des difficultés respiratoires ou des nausées⁶³. Cette moindre considération de la spécificité des symptômes en fonction du sexe peut amener, vous l'imaginez, à des retards de prise en charge, des diagnostics erronés et donc potentiellement à la mort de certaines patientes.

•••

⁶⁰ LIESENHOFF, M. « Médicaments : femmes et femmes sous-représentées dans les tests », *La Libre*, 15 décembre 2012, [en ligne :] <https://www.lalibre.be/planete/sciences-espace/2012/12/15/medicaments-femmes-et-femmes-sous-representees-dans-les-tests-3XL0LHOS25BK5NLS0DHS5H4JCPE/>, consulté le 17 février 2022.

⁶¹ Cette étude a amené le congrès états-unien à adopter une loi obligeant les laboratoires d'introduire des femmes dans leurs essais cliniques. Voir REY, A. « Pour les médecins, les hommes font des crises cardiaques, les femmes des crises d'angoisse », *Slate*, 8 juin 2018, [en ligne :] <http://www.slate.fr/story/162872/sante-medecine-stereotypes-genre-femmes-crise-cardiaque-syndrome-yentl-inegalites-diagnostic-traitement>, consulté le 18 février 2022.

⁶² DUPONT-BESNARD, M., « Des biais sexistes dans les essais cliniques mettent les femmes en danger », *Numerama*, 14 août 2020, [en ligne :] <https://www.numerama.com/sciences/642488-des-biais-sexistes-dans-les-essais-cliniques-mettent-les-femmes-en-danger.html>, consulté le 17 février 2022.

⁶³ TUAILLON, V. « L'homme, cet être humain standard », *Les Couilles sur la table*, Paris : Binge Editions, 2019, p.70-74.

Ce biais androcentrique, connu sous le nom du syndrome de Yentl⁶⁴, apparaît donc en raison du fait que la médecine, de manière générale, s'intéresse principalement aux traitements des patients masculins. Cependant, il semble également que la parole des femmes soit tendanciellement peu prise en compte par les médecins. La neurobiologiste Catherine Vidal reprend ainsi les conclusions d'une étude réalisée à l'université McGill à Montréal :

À symptôme égal, une patiente qui se plaint d'oppression dans la poitrine se verra prescrire des anxiolytiques, alors qu'un homme sera orienté vers un cardiologue⁶⁵.

Si leurs paroles sont peu écoutées, les femmes apparaissent également, dans certains cas, comme des affabulatrices, exagérant leurs symptômes, voire les simulant. De là, par cette remise en question de la parole des femmes sur leurs maux, ces derniers ont été et sont renvoyés vers la sphère psychosomatique (le fameux « c'est dans votre tête »)⁶⁶, voire vers les troubles psychologiques ou la folie⁶⁷.

⁶⁴ Nous avons discuté de ce biais dans le cas des infarctus, mais des études ont également montré sa présence dans la prise en charge des pneumonies, de l'insuffisance et des arythmies cardiaques, de l'implantation de défibrillateurs, du traitement du VIH par l'AZT, des investigations en cas d'AVC, des arthroplasties, et des greffes rénales. Voir : MARTIN-DU-PAN, R. « Syndrome de Yentl ou la médecine sexiste », *Revue médicale suisse*, 2009, V, 220, p.2005, [en ligne :] <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2009/revue-medicale-suisse-220/syndrome-de-yentl-ou-la-medecine-sexiste>, consulté le 17 février 2022.

⁶⁵ CAMPISTRON, M. « Les stéréotypes de genre jouent sur l'attitude des médecins comme des patients », *L'Obs*, 11 janvier 2018, [en ligne :] <https://www.nouvelobs.com/sante/20180111.OBS0488/les-stereotypes-de-genre-jouent-sur-l-attitude-des-medecins-comme-des-patients.html>, consulté le 18 février 2022.

⁶⁶ CHOLLET, M. « Toutes des affabulatrices », *Sorcières. La puissance invaincue des femmes*, Paris : La Découverte, 2018, p.200-205.

⁶⁷ Par exemple, l'approche freudienne de l'hystérie consistait à dire que le psychisme des femmes qui en étaient atteintes tentait de faire remonter, via leur corps, ce qu'elles ne pouvaient faire parvenir par la parole (et qui finalement s'avérait être lié à un traumatisme sexuel). L'hystérie (et ses descriptions caricaturales relevant de troubles psychosomatiques) telle qu'étudiée aux balbutiements de la psychanalyse, est aujourd'hui discutée. Il semblerait que le diagnostic d'hystérie soit (encore) une tentative de contrôle sur les femmes et leur corps, voir : LAMBIN E., « Histoire de l'hystérie, cette excuse pour contrôler les femmes », *Feminists in the city*, 11 mai 2021, [en ligne :] <https://www.feministsinthecity.com/blog/histoire-de-l-hysterie-cette-excuse-pour-controler-les-femmes>, consulté le 18 février 2022.

Olivia évoque également ce ressenti lors de ses consultations en gynécologie :

Elle [la gynécologue] me disait que c'était dans ma tête. Elle me disait « c'est difficile d'être une femme hein ». C'était comme ça tout le temps et j'en pouvais plus parce que j'avais mal et qu'on m'apportait pas de solutions⁶⁸.

Le dernier rendez-vous elle m'a dit « vous êtes dépressive depuis combien de temps ? ». Mais je me suis dit « je ne suis pas dépressive » [...]. Je ne suis pas dépressive, à côté de ça, ça va, mais j'en peux plus qu'on me dise que c'est dans ma tête et que c'est difficile d'être une femme⁶⁹.

Ce manque d'écoute peut, entre autres, expliquer pourquoi ce sont davantage les femmes qui se tournent vers des médecines non-conventionnelles (homéopathes, ostéopathes, acupuncteur, chiropracteur)⁷⁰. En effet, à force d'être peu entendues ou comprises par le corps médical officiel et conventionnel, elles se tourneraient vers une médecine considérée comme plus à l'écoute et comme plus attentive aux besoins des patient·e-s.

Rappelons évidemment que cette manière qu'a le corps médical de percevoir les femmes consiste en des tendances et que le personnel médical est probablement inconscient des effets que produisent leurs pratiques durablement apprises. Les soignants peuvent, dans une certaine mesure, agir selon des stéréotypes patriarcaux et finalement les reproduire dans le système institutionnel médical.

*

⁶⁸ Entretien avec Olivia, 1 mars 2022.

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ Pour consulter les chiffres précis de la population belge qui a rencontré un prestataire de thérapie non conventionnelle en fonction du genre, voir : https://www.sciensano.be/sites/default/files/utilisation_des_services_de_sante_et_des_services_sociaux_1.pdf, consulté le 17 mars 2022.

Aujourd'hui encore, la gynécologie et l'obstétrique sont transcendées par ces origines profondément patriarcales. La manière de percevoir les femmes, leur intimité et leur corps continue d'être alimentée par les constructions d'une médecine patriarcale⁷¹. Inconsciemment, les professionnels du soin, par leurs études, l'apprentissage de leurs pratiques, reproduisent et incarnent l'institution médicale, son histoire et ses normes, ses procédures et ses habitudes. Il n'est ici pas question de critiquer les membres du corps médical en tant qu'individus (certain-e-s se montrent d'ailleurs très critiques face aux procédures et aux attentes institutionnelles auxquelles iels doivent répondre). Il s'agit ici avant tout de remettre en question l'institution médicale et la manière dont ce système est intrinsèquement construit de telle manière qu'il amène des violences réelles.

C. Quand la rentabilité et la productivité s'en mêlent

Dès lors que l'institution médicale s'est construite et s'appuie encore aujourd'hui sur une approche masculine et sexiste, il n'est pas surprenant de constater que des violences spécifiques s'opèrent au sein des disciplines qui s'occupent principalement des femmes, de leur corps et de facto de leur intimité sexuelle et reproductive.

Cependant, au-delà de ces aspects patriarcaux et androcentriques, les violences gynécologiques, obstétricales, et médicales, peuvent également provenir de leurs intrications avec une approche capitaliste des soins de santé.

En effet, ces derniers tendent aujourd'hui à relever de plusieurs logiques de rentabilité et de productivité, mettant parfois à mal la rencontre entre les soins et les besoins des patient-e-s. L'hôpital apparaît alors comme une « petite » entreprise qu'il convient de faire prospérer au travers de courbes, de chiffres prévisionnels et de variables d'ajustement. Parmi ces dernières, le personnel soignant et les patient-e-s, parfois trop nombreux-euses ou pas assez rentables. On supprime des lits, on diminue les « coûts » et on évite des dépenses

⁷¹ Nous pourrions également ajouter la présence de constructions ciscentrées et hétéronormatives dans l'accueil et les suivis gynécologiques. Par exemple, sont très peu prises en compte, dans le cadre des dépistages de maladies sexuellement transmissibles, les femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes. De même, les professionnel-le-s semblent être peu documenté-e-s à propos de la spécificité de la prise en charge gynécologique des personnes transgenres ou intersexes.

inutiles (comme ne pas renouveler le stock stratégique de masques FFP2 par soucis d'économies par exemple⁷²). Bref, il faut que ça aille vite et que ça soit rentable. Or, cette manière de concevoir les soins de santé ont des implications réelles, tant sur le personnel, que sur les patient·e·s. Par exemple, rappelons-nous de la décision de notre ancienne ministre de la santé, Maggie De Block, qui demandait aux hôpitaux de réduire la durée des séjours en maternité des mères après un accouchement. Là où auparavant, elles restaient environ plus de quatre jours, elles restent désormais environ deux ou trois jours. De là, une étude menée par la mutualité chrétienne indique que, depuis, davantage de mères doivent être réadmisées à l'hôpital dans les 30 jours après l'avoir quitté⁷³. De même, cette réduction des séjours hospitaliers après un accouchement semble avoir alourdi la charge de travail du personnel soignant, puisque celui-ci doit à présent réorganiser les suivis post-partum en moins de temps qu'auparavant, et ce avec un personnel réduit en raison de moindres financements⁷⁴. Ainsi, si on observe une surmédicalisation du corps des femmes tout au long de leur vie, il semblerait que les pressions économiques s'organisant autour des hôpitaux et des maternités poussent les femmes à retourner chez elles le plus vite possible après un accouchement.

Ces manques de financement se donnent également à voir par la diminution du nombre de lits en maternité. Par exemple, en France, en 40 ans, le nombre de maternités est passé de 1 747 à 517, alors que le nombre de naissances annuel reste stable⁷⁵. De même, en Belgique, nous pouvons remarquer une baisse de plus de 10 000 « lits aigus », soit des lits d'hôpitaux pour des séjours

⁷² DE DECKER, N. « Quand Maggie De Block faisait détruire six millions de masques contre le coronavirus... sans les remplacer », *Le Vif*, 23 mars 2020, [en ligne :] <https://www.levif.be/actualite/belgique/quand-maggie-de-block-faisait-destruire-six-millions-de-masques-contre-le-coronavirus-sans-les-replacer/article-normal-1268215.html>, consulté le 17 mars 2022.

⁷³ HEINDERYCKX, S., « Depuis la réduction du séjour en maternité, le taux de réadmission à l'hôpital a augmenté », *RTBF*, 15 février 2022, [en ligne :] <https://www.rtf.be/article/depuis-la-reduction-du-sejour-en-maternite-le-taux-de-readmission-a-lhopital-a-augmente-10935789>, consulté le 16 mars 2022.

⁷⁴ A.T. « Violences obstétricales : patientes et sages-femmes en souffrance », *Le Guide Social*, 9 octobre 2019, [en ligne :] <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/violences-obstetricales-patientes-et-sages-femmes-en-souffrance>, consulté le 16 mars 2022.

⁷⁵ LOPEZ, J. op cit.

courts, notamment destinés à la maternité, et ce sur une période d'environ 30 ans⁷⁶. Il s'agit donc pour le personnel de soin de travailler et continuer de répondre aux besoins des patient·e·s avec de moins en moins de ressources.

Cette question des financements et des sous-effectifs du personnel hospitalier amène également à s'interroger sur les effets et les conséquences auprès des bénéficiaires de soins. Si notre collègue Clara Van Der Steen s'est intéressée à ces implications dans les maisons de repos et les soins aux personnes âgées, qu'en est-il pour les disciplines gynécologiques et obstétricales ? Nous en avons discuté plus haut : ces approches médicales ne sont pas anodines puisqu'elles concernent des organes qu'on considère comme relevant de l'intimité. Dès lors, des logiques de rentabilité, croisées à des stéréotypes de genre déniaient aux femmes l'appropriation de leur propre corps, peuvent faire apparaître des violences spécifiques. Ainsi, par souci de rapidité et de productivité, des médecins peuvent, durant une consultation, introduire des instruments sans prévenir, ne pas expliquer tous les tenants et aboutissant d'une intervention ambulatoire, ou apaiser des plaintes d'une patiente en prescrivant simplement des antidouleurs pour suivre la cadence de consultation. Ces exemples, parfois violents, ont notamment été vécus par Olivia. Elle explique ainsi :

Quand je suis allée aux urgences et [...] on m'a dit « on va pas appeler un gynécologue de garde pour ça » et en attendant j'ai mal et on me donne de la morphine, sans me dire que c'est de la morphine⁷⁷.

En d'autres termes, on peut aisément comprendre qu'il est difficile pour des médecins, des sages-femmes, des infirmier·ère·s, malgré toute leur bonne volonté, d'écouter empathiquement leurs patientes, leur donner toutes les informations qu'elles souhaitent, entendre leurs questionnements, leurs craintes, leurs besoins et tenter d'y répondre le plus justement possible, lorsqu'en parallèle, on leur demande de suivre un patient toutes les dix minutes et de dispenser des interventions médicales à moindre coût.

Dès lors, tout ceci influence et participe à l'apparition d'un surmenage, d'erreurs ou de violences dans le chef du personnel soignant, se répercutant alors dans la prise en charge et les soins donnés aux patient·e·s.

⁷⁶ « L'évolution du nombre de lits agréés d'hospitalisation », Vers une Belgique en bonne santé, 19 janvier 2020, [en ligne :] <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/organisation-du-paysage-hospitalier/categorisation-des-activites-hospitalieres/l-evolution-du-nombre-de-lits-agrees-d-hospitalisation>, consulté le 10 juin 2022.

⁷⁷ Entretien avec Olivia, 1 mars 2022.

L'hôpital devient de plus en plus une entreprise capitaliste, ce qui met la pression sur les employé-e-s et entraîne des violences. Les accouchements sont standardisés, car ils doivent être rentables, mais pourtant les accouchements ne se ressemblent pas tous !⁷⁸.

On retrouve ce ressenti de la part d'Olivia, qui malgré tout met en place des stratégies pour y faire face :

Je pense qu'ils sont tellement habitués aussi à avoir des personnes toute la journée, ils enchaînent, ils enchaînent, ils enchaînent et qu'ils ne se rendent pas compte. Ils vont vite parce qu'ils sont souvent en retard. Moi maintenant, je prends toujours mes rendez-vous la dernière. Je sais que je vais attendre une heure parce qu'ils vont avoir une heure de retard, mais je sais qu'ils vont prendre le temps avec moi et qu'ils ne vont pas me dégager parce qu'il y a des gens qui attendent [...]⁷⁹.

La manière de concevoir les soins de santé en ces termes et ces attentes institutionnelles de rentabilité et de productivité participent donc à accroître un potentiel de violences (de genre) déjà présent dans le chef des disciplines gynécologiques et obstétricales.

⁷⁸ WERNAERS, C. « Une enquête révèle la réalité des violences obstétricales en Belgique : « L'arrivée de ma fille n'est pas un beau moment » », RTBF, 20 novembre 2021, [en ligne :] <https://www.rtb.be/article/une-enquete-revele-la-realite-des-violences-obstetricales-en-belgique-larrivee-de-ma-fille-nest-pas-un-beau-moment-10881688>, consulté le 16 mars 2022.

⁷⁹ Entretien avec Olivia, 1 mars 2022.

III. Quelles solutions ?

Face à ces violences que nous nous sommes attelé-e-s à décrire et à analyser sous le prisme des violences institutionnelles, quelles solutions peuvent être mises en place pour y faire face ?

A. Focus sur les ressources juridiques

Avant toute chose, quel cadre juridique protège les victimes de violences obstétricales et gynécologiques ? Sur quelles ressources juridiques peuvent-elles s'appuyer face à ces dernières ?

Il existe premièrement la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient⁸⁰ qui donne des balises juridiques importantes en ce qui concerne le respect de la dignité des patient-e-s. Cette loi prévoit notamment que « le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable » (article 7, § 1^{er}). Elle prévoit également que « le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable. Ce consentement est donné expressément, sauf lorsque le praticien professionnel, après avoir informé suffisamment le patient, peut raisonnablement inférer du comportement de celui-ci qu'il consent à l'intervention » (article 8, § 1^{er}).

Nous l'avons discuté précédemment (Point I. A.), la notion de consentement libre et éclairé demande une information et des explications claires quant au diagnostic, aux procédures, etc. Or, il semblerait que ça soit, entre autres, ce point qui fasse défaut dans les situations de violences gynécologiques et obstétricales.

⁸⁰ La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient est consultable en ligne : <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2002/08/22/2002022737/justel>, consulte le 22 mars 2022.

Si en Belgique une loi spécifique encadre les droits du patient de manière générale, le Conseil de l'Europe, en 2019, a adopté une résolution visant spécifiquement les violences obstétricales⁸¹. Menée par la Sénatrice française Maryvonne Blondin, celle-ci demande notamment aux états membres d'offrir au personnel soignant une formation spécifique à ce type de violences, d'assurer un financement adéquat aux établissements pour que le personnel soignant puisse accueillir avec bienveillance les patientes, ou encore de prévoir un mécanisme de signalement efficace pour les violences gynécologiques et obstétricales, excluant la médiation⁸². Si cette résolution n'a pourtant pas un pouvoir contraignant auprès des états-membres, il s'agit toutefois d'un premier pas important vers une reconnaissance politique des violences obstétricales, dont la réalité était parfois niée par des gynécologues et obstétricien-ne-s auditionné-e-s⁸³.

Finalement, face aux témoignages apparus ces dernières années et face à l'importance de ces questions à l'international, la Belgique tente également de répondre aux violences gynécologiques et obstétricales. Par exemple, en 2019, le gouvernement wallon mentionne dans son accord une volonté de développer des mesures pour lutter contre ce type de violences⁸⁴. De même, depuis le 25 octobre 2021, le Sénat a entrepris la rédaction d'un rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre

⁸¹ LAHAYE, M.-H., « Le Conseil de L'Europe adopte une résolution sur les violences obstétricales. Et en Belgique ? », RTBF, 10 octobre 2019, [en ligne :] <https://www.rtb.be/article/le-conseil-de-l-europe-adopte-une-resolution-sur-les-violences-obstetricales-et-en-belgique-10337568>, consulté le 21 mars 2022.

⁸² Voir : « Violences obstétricales et gynécologiques », Assemblée Parlementaire, 16 septembre 2019, [en ligne :] <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML-2HTML-FR.asp?fileid=28108&lang=FR>, 21 mars 2022.

⁸³ En 2017, lorsque Marlène Schiappa, Secrétaire d'État française à l'égalité entre les hommes et les femmes a évoqué au Sénat une demande de rapport concernant les violences obstétricales, toute la profession des gynécologues obstétriciens a fustigé ses propos considérés comme maltraitant à leur égard et a appelé à sa démission. Voir : LAHAYE, M.-H., « Victoire ! Les violences obstétricales sont pour la première fois évoquées au niveau politique », Marie accouche là, 25 juillet 2017, [en ligne :] <http://marieaccouchela.net/index.php/2017/07/25/victoire-les-violences-obstetricales-sont-pour-la-premiere-fois-evoquees-au-niveau-politique>, consulté le 21 mars 2022.

⁸⁴ « Déclaration de politique régionale pour la Wallonie 2019-2024 », Wallonie, [en ligne :] <https://o0.llb.be/file/5d7671719978e22ea7d44cf4.pdf>, consulté le 22 mars 2022.

les violences obstétricales⁸⁵. Celui-ci aura pour but de faire l'état des lieux des violences gynécologiques et obstétricales et d'en analyser les tenants et aboutissants afin de proposer des pistes d'interventions pour améliorer le vécu des patientes et promouvoir une approche bienveillante de la gynécologie et de l'obstétrique. Différentes auditions ont alors été mis en place. Ont été entendus des professionnel-le-s en psychologie, en psychiatrie, en sexologie, des médecins, des gynécologues-obstétricien-ne-s⁸⁶. Au moment de l'écriture de cette analyse, les auditions sont toujours en cours. Aussi, le plan d'action national de lutte contre les violences basées sur le genre souhaite également mettre en place un groupe de travail interfédéral (mettant en relation des professionnels de terrain et des représentant-e-s de ministres et de départements de santé) afin de développer une politique spécifique en la matière⁸⁷.

Si aujourd'hui, les politiques semblent s'intéresser à ce type de violences spécifiques et souhaitent, à certains égards, en faire un état des lieux, les réalités qu'elles recouvrent ne datent pas d'hier. Les termes « violences obstétricales » semblent d'ailleurs être utilisés pour la première fois en Amérique latine dans le début des années 2000, presque une dizaine d'années avant leur apparition en France ou en Belgique. Par la mobilisation de membres du personnel médical, des féministes ou encore d'ONG, des pays comme le Brésil, l'Argentine ou le Venezuela se dotent ainsi de lois spécifiques contre ces violences obstétricales⁸⁸.

⁸⁵ Pour voir la note explicative : « Demande d'établissement d'un rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales », Sénat de Belgique, 1 avril 2021, [en ligne :] <https://www.senate.be/www/webdriver?MltabObj=pdf&MlcolObj=pdf&MlnamObj=pdfid&MltypeObj=application/pdf&MlvalObj=117440853>, consulté le 22 mars 2021.

⁸⁶ *Ibid.*

⁸⁷ « AXE IV : Protéger, accompagner et soutenir les victimes de violences basées sur le genre et leur entourage (y compris les enfants exposés à ces violences) en les plaçant au centre des préoccupations », *Plan d'action national de lutte contre les violences basées sur le genre 2021-2025 : Axes stratégiques et mesures clés*, [en ligne :] <https://sarahschlitz.be/wp-content/uploads/sites/300/2021/11/20211125-PAN-2021-2025-clean-FR.pdf>, consulté le 14 juin 2022.

⁸⁸ FAVRE L. « Les législations sud-américaines contre les violences obstétricales : résultat d'une mobilisation précoce », *Institut du genre en géopolitique*, 22 juillet 2020, [en ligne :] <https://igg-geo.org/?p=1568>, consulté le 22 mars 2022.

B. Faire face aux violences gynécologiques et obstétricales

Les ressources juridiques que proposent la loi de 2002 et la volonté des politiques belges et internationales de lutter spécifiquement contre les violences gynécologiques et obstétricales montrent un réel désir de protéger juridiquement et politiquement les patientes et ce de manière spécifique. Cependant, si les lois et les résolutions sont présentes, si les gouvernements montrent de bonnes intentions en ce sens, est-ce réellement suffisant ? Comment les patientes peuvent-elles faire face aux violences qu'elles subissent et trouver de l'aide ? Nous l'avons évoqué brièvement, il peut être compliqué pour des patientes ayant vécu des violences de porter plainte contre un-e médecin tant le caractère intime des consultations, l'autorité du/de la praticien-ne et l'aura entourant l'institution médicale peuvent être forts et faire taire toute tentative de plainte, de remise en question ou d'action en justice. Dès lors, comment faire face à un agent institutionnel et son autorité médicale en tant que patiente ?

Si, sur les réseaux sociaux et internet, circulent des listes de médecins ou praticien-ne-s considéré-e-s comme « safe » (soit, des médecins jugé-e-s bienveillant-e-s par leur patientèle par rapport à la transphobie, à la grossophobie, aux suivis gynécologiques ou obstétricaux, etc.), d'autres outils peuvent être utiles. Ainsi, le manuel d'auto-défense, « Zone à défendre », a été rédigé sur les questions de violences gynécologiques et obstétricales et détaille de nombreuses stratégies pour y faire face en tant que patiente (comme notamment des stratégies de confrontation et d'auto-défense verbale)⁸⁹. De plus,

⁸⁹ BEN JATTOU, M., GUIOT F., HIDALGO, P., INT'ZANDT, K., JACQUET, M., VIEIRA DA COSTA, C. et ZEILINGER I., « Zones à défendre. Manuel d'autodéfense féministe dans le cadre de la consultation en santé sexuelle et reproductive », 2020, [en ligne :] https://mcs-sercontent.com/b377b527f1b273fb3bafed46c/files/35516c42-eb7b-48bc-a25e-a3753564f01f/ZoneADefendre_Vc_V5.pdf?fbclid=IwAR27r9mtHO9mOmHztQloBV2uKdmySXIPFI7hkKRG7hQ_2nC1iOrW1VoRxDM, consulté le 31 mars 2022.

suyant une volonté de porter sa situation en justice, Marie-Hélène Lahaye, en sa qualité de juriste, explicite en détails sur son blog les marches à suivre pour faire aboutir une plainte⁹⁰.

Si ces outils permettent aux patientes de répondre lorsqu'elles vivent un sentiment de malaise ou de violences lors d'une consultation ou d'une intervention gynécologique ou obstétricale, il reste toutefois important qu'elles connaissent leurs droits en tant que patiente. Notons également que, malgré de bonnes stratégies pour faire face aux violences vécues dans le cadre médical, il convient également de remettre en question certaines pratiques et normes médicales, afin d'embrasser davantage les besoins des patientes avec bienveillance.

C. De nouvelles pratiques à mettre en place ?

Si finalement l'institutionnalisation de la médecine et des disciplines obstétricales et gynécologiques crée des normes et des procédures pouvant amener des violences spécifiques, ne convient-il pas de questionner ces normes et d'en proposer de nouvelles, plus soucieuses des besoins des patient-e-s que des soucis techniques et financiers de l'institution ?

Avant tout, comme le préconise le Conseil de l'Europe et comme le souhaite le rapport d'informations en la matière en voie de développement en Belgique, il convient de replacer la bienveillance et l'empathie au cœur de la consultation médicale, soit réintégrer une notion de care dans les relations entre le personnel médical et les patient-e-s. Ceci semble d'autant plus important que les disciplines gynécologiques et obstétricales s'intéressent à l'intimité sexuelle et reproductive des femmes. Dès lors, une formation des jeunes gynécologues et obstétriciens doit, plus que jamais, être au centre de réflexions importantes quant aux pratiques enseignées et à l'accueil des patientes. Encore jugée comme « paternaliste et autoritaire »⁹¹ par l'ancienne ministre française de la

⁹⁰ LAHAYE, M.-H., « Comment porter plainte pour violences obstétricales », Marie accouche là, 30 septembre 2020, [en ligne :] <http://marieaccouchela.net/index.php/2020/09/30/comment-porter-plainte-pour-violences-obstetriques/?fbclid=IwAR0oHP6jTXQ3qn-ODQd2gihFtR8wFXMQ7w8neAaLbP3bIRn76Gca-qwrIM-0>, consulté le 31 mars 2022.

⁹¹ RAYBAUD A. « « Trop paternaliste et autoritaire » : la formation des futurs gynécologues en pleine réflexion », Le Monde, 12 décembre 2022, [en ligne :] https://www.lemonde.fr/campus/article/2019/12/12/la-formation-des-futurs-gynecologues-en-pleine-reflexion_6022567_4401467.html, consulté le 11 avril 2022.

santé, Agnès Buzyn, la médecine doit donc s'atteler à combattre ses normes et fondements qui, nous l'avons vu, s'inscrivent dans une large histoire d'institutionnalisation patriarcale (les étudiant.e-s ont-iels seulement conscience du processus historique d'institutionnalisation de leur discipline ?). Heureusement, nombre de praticien-ne-s de la santé, médecins généralistes, gynécologues, obstétricien-ne-s, sages-femmes, kinésithérapeutes, etc., comme Martin Winckler et tant d'autres, ou des associations et collectifs soucieux de ces questions comme Femmes & Santé⁹² ou la Plateforme pour une naissance respectée⁹³, n'hésitent pas à questionner les pratiques médicales durablement apprises et à proposer de nouvelles formes d'intervention et de prises en charge.

Ainsi, nous l'avons déjà évoqué, il est nécessaire de remettre en question de multiples interventions ou actes, comme l'épisiotomie ou le point du mari, amenant des violences lorsqu'ils sont réalisés sans fondements médicaux et scientifiques solides. Au-delà de ces actes, parfois considérés comme des mutilations, il convient de questionner d'autres pratiques, encore établies autant chez les praticien-ne-s que chez les patient.e-s, et qui témoignent d'une perspective patriarcale de la santé, amenant dès lors certaines violences symboliques. Par exemple, nous savons que la position habituelle d'un examen gynécologique est celle des jambes écartées, les pieds placés sur des étriers, de manière telle que nos organes génitaux découverts sont « offerts » au/à la médecin qui ausculte. Si cette position permet une meilleure visibilité au/à la praticien-ne, certaines patientes peuvent toutefois ressentir un malaise ou une gêne dans le fait d'ouvrir les cuisses et dévoiler leur intimité à quelques centimètres de la tête d'un.e inconnu.e. Ainsi, d'autres positions d'auscultation existent, sont promues par différent.e-s praticien-ne-s et peuvent être préférées par les patientes, pour peu qu'elles les connaissent et que les professionnel-le-s en gynécologie s'y intéressent. La position dite « à l'anglaise », où la patiente est allongée sur le flanc, en chien de fusil, permet par exemple un examen gynécologique sans qu'elle n'ouvre les jambes⁹⁴. Malgré

⁹² « Femmes et Santé », [en ligne :] <https://www.femmesetsante.be>, consulté le 15 juin 2022.

⁹³ « Plateforme pour une naissance respectée », [en ligne :] <https://www.naissance-respectee.be>, consulté le 15 juin 2022.

⁹⁴ GREUSARD R. « "Examen à l'anglaise" : on n'est pas obligées d'écartier les cuisses chez le gynéco », L'obs, 18 novembre 2016, [en ligne :] <https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89-rue69/20160814.RUE1275/examen-a-l-anglaise-on-n-est-pas-obligees-d-ecarter-les-cuisses-chez-le-gyneco.html#:~:text=Certains%20m%C3%A9decins%20acceptent%20d%27%20examiner,la%20patiente%20et%20son%20m%C3%A9decin>, consulté le 11 avril 2022.

une moindre visibilité pour le/la médecin, cette position d'examen apparaît néanmoins comme une alternative plus confortable et moins gênante pour certaines femmes⁹⁵.

Évidemment face à toutes ces recommandations, il semble important et évident que le politique s'empare de cette question et réinvestisse massivement dans les soins de santé. Au-delà de la gynécologie et de l'obstétrique, c'est bien la santé, de manière générale, et les travailleur-euse-s qui s'y engagent qui doivent être revalorisé-e-s économiquement et humainement, sans quoi davantage de violences pourraient apparaître. Accéder à des soins de santé de qualité ne doit pas devenir un privilège réservé à une certaine frange de la population, et le personnel soignant n'est pas une machine vouée à une cadence stricte et à la poursuite d'une performance économique. Redonner les moyens aux travailleur-euse-s du soin de réaliser leur travail sereinement et leur permettre de rencontrer au mieux les besoins des patient-e-s est un premier pas vers une moindre pression institutionnelle s'accompagnant souvent de violences.

Conclusion

Les violences gynécologiques et obstétricales ne datent pas d'hier et ce n'est qu'au cours de ces dernières années, au travers de témoignages forts, notamment sur les réseaux sociaux, que leur réalité et leur prégnance sont discutées politiquement, socialement, voire médiatiquement. L'objectif de cette analyse consistait à en décrire les tenants et aboutissants, afin de rendre compte de ces violences, non pas comme le fruit de dérives individuelles malveillantes de la part du personnel soignant, mais comme le résultat d'une institution, qui par ses normes, ses procédures, les pressions qu'elle subit, ses protocoles et ses

⁹⁵ De même, depuis quelques années est discutée la possibilité pour les femmes en train d'accoucher de réaliser des massages clitoridiens afin de réduire les douleurs ressenties durant le « travail ». Cette approche, bien qu'elle puisse apparaître comme saugrenue, semble montrer des résultats intéressants en termes de gestion des contractions et des douleurs. Au-delà de la pratique en tant que telle, il s'agit d'une remise en question profonde des normes médicales et obstétricales, puisqu'ici la femme se réapproprie son corps durant l'accouchement. Voir DUCHEMIN D. « Accouchement : la masturbation comme antidouleur ? », Slate, 6 février 2020, [en ligne :] <http://www.slate.fr/story/186887/accouchement-masturbation-antidouleur-clitoris>, consulté le 18 avril 2022.

habitudes, durablement apprises et consolidées par une histoire patriarcale et capitaliste, a construit un système comportant intrinsèquement un potentiel de violence envers des patient·e·s.

Dans un premier temps, nous avons ainsi décrit et défini les violences gynécologiques et obstétricales. Croisement de violences institutionnelles et de genre, elles prennent ainsi forme autour d'une gradation d'actes et s'accompagnent de conséquences multiples.

Dans un deuxième temps, nous nous sommes attelé·e·s à décrire le caractère institutionnel et genré des violences à l'œuvre. Nous avons ainsi dépeint (dans les grandes lignes) un processus historique d'institutionnalisation, prenant notamment place autour de la chasse aux sorcières, et ayant amené l'évincement des femmes du savoir médical, au profit de la figure hégémonique de l'homme-médecin. Nous avons dès lors constaté la spécialisation médicale autour du corps des femmes et de leur intimité sexuelle et reproductive, s'accompagnant de normes et de contrôles systématiques encore présents aujourd'hui. Si la médecine comporte, semble-t-il, une composante patriarcale forte, il était également important de pointer les pressions institutionnelles, en termes de performance et de rentabilité, pesant sur les personnels de soins qui, par un manque de ressources, peuvent commettre des violences malgré eux.

Dans un troisième temps, nous avons dégagé des pistes de solutions face aux violences gynécologiques et obstétricales. Si le politique semble s'approprier lentement la question, différentes stratégies et pistes de réponses peuvent être offertes aux femmes victimes de telles violences. Aussi, notons que des solutions ne pourront être trouvées que si une réflexion profonde s'opère autour des formations et normes médicales et également autour du financement des soins de santé.

Tout au long de cette analyse, nous avons décrit et dessiné les contours de violences qui s'inscrivent dans un système institutionnel et de genre. Si les conséquences et les vécus peuvent être terribles (nous avons eu un aperçu au travers des éléments issus du témoignage d'Olivia), il convient toutefois de pointer la spécificité des violences que peuvent vivre certaines femmes. Les femmes âgées, les femmes lesbiennes, les personnes trans, non-binaires ou intersexes, les femmes racisées ou immigrées vivront probablement des violences gynécologiques et/ou obstétricales spécifiques, qui se doivent également d'être dénoncées.

Finalement, au travers de cette analyse, nous avons pu observer la médecine comme une institution forte, qui malgré ses prérogatives de soin et d'attention à l'autre, peut commettre des violences. Fermement ancrées dans des constructions patriarcales, la gynécologie et l'obstétrique semblent encore reproduire dans leurs systèmes respectifs des images stéréotypées des femmes et de leur sexualité, même si de nombreux praticiens, collectifs et associations spécialisées dans ce domaine, interrogent les pratiques dénoncées et proposent de nouvelles formes d'intervention, et que le Sénat comme le gouvernement wallon ont fait part de leur volonté claire de lutter contre ce type de violences. Il convient dès lors d'entamer un large travail critique et réflexif, afin de construire une nouvelle institution plus soucieuse et attentive des besoins du personnel et des patient·e·s.

**

Diplômée d'un master en Psychologie et d'un master 2 en Sociologie, Roxane Lejeune est collaboratrice dans la thématique Famille, Culture & Éducation du CPCP.

Pour aller plus loin

A. Livres

- EHRENREICH, B. et ENGLISH, D., *Fragiles ou contagieuses : le pouvoir médical et le corps des femmes*, Paris : Cambourakis, 2016.
- FROIDEVAUX-METTERIE, C., *Le corps des femmes : la bataille de l'intime*, Paris : Points, 2018.
- VIDAL, C. et SALLE, M., *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ?* Paris : Belin, 2017.
- WINCKLER M, *Le Chœur des femmes*, Paris : Gallimard, 2011.

B. Documentaire

- OVIDIE, « Tu enfanteras dans la douleur » [documentaire], Arte, 2019, [en ligne :] <https://www.arte.tv/fr/videos/081587-000-A/tu-enfanteras-dans-la-douleur>.

LEJEUNE Roxane, *Entre violences institutionnelles et de genre, regards sur les violences gynécologiques et obstétricales*, Bruxelles : CPCP, Analyse n° 460, 2022, [en ligne :] <http://www.cpcp.be/publications/violences-gynecologiques-obstetricales>.

DÉSIREUX D'EN SAVOIR PLUS !

Animation, conférence, table ronde... n'hésitez pas à nous contacter,
Nous sommes à votre service pour organiser des activités sur cette thématique.

www.cpcp.be



Avec le soutien du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles

À l'intersection des violences de genre et des violences institutionnelles, les violences gynécologiques et obstétricales font l'objet d'une vive attention depuis ces dernières années en Belgique et France. Sur les réseaux sociaux, de nombreux témoignages affluent et font état d'expériences violentes, parfois traumatisantes, au cours d'une visite de routine, d'une intervention ou d'un accouchement.

S'inscrivant dans un projet d'étude large autour des violences institutionnelles, cette analyse a pour objectif de dessiner les contours des violences gynécologiques et obstétricales afin de mieux comprendre ses finalités, les expériences vécues et d'amorcer des pistes de solution. Au fil de cette analyse, il sera ainsi question de définir les violences obstétricales et gynécologiques, d'en comprendre les conséquences et les modalités. Par la suite nous nous intéresserons à l'aspect institutionnel de ces violences en tentant de pointer les éléments constitutifs et historiques de l'institution médicale qui, par ses habitudes, ses normes et ses procédures, s'est construite de manière telle que des violences spécifiques apparaissent dans la prise en charge gynécologique et obstétricale. Finalement, nous nous intéresserons aux solutions pouvant être mises en place pour faire face à ce type de violences.

Tout au long de cette analyse, il sera question de concevoir les violences gynécologiques et obstétricales comme la résultante de protocoles, de normes et de pressions institutionnelles, et non pas comme le fruit d'une malveillance s'incarnant dans le chef du personnel soignant. Ainsi, nous tenterons de répondre à la question suivante : de quelle manière l'institution médicale, au sein des disciplines gynécologiques et médicales, crée-t-elle des violences ?

Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation

Avenue des Arts, 50/bte 6 – 1000 Bruxelles

02 318 44 33 | info@cpcp.be

www.cpcp.be | www.facebook.com/CPCPasbl

Toutes nos publications sont disponibles en téléchargement libre :
www.cpcp.be/publications/