

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016-2017

MASTER ETHIQUE DU SOIN ET RECHERCHE

**« L'IMPACT DU SEXISME SUR LA QUALITE DES SOINS EN
GYNECOLOGIE »**

Coline GINESTE

Sous la direction de Flora BASTIANI



**UNIVERSITÉ
TOULOUSE 1
CAPITOLE**



**UNIVERSITÉ
TOULOUSE III
PAUL SABATIER**



L'IMPACT DU SEXISME SUR LA QUALITE DES SOINS EN GYNECOLOGIE

Coline GINESTE

PLAN

REMERCIEMENTS	5
AVANT-PROPOS	6
INTRODUCTION	7
I) <u>La médecine sexiste</u>	9
1. <i>Il n’y a pas de savoir neutre</i>	9
a. Le lien savoir-pouvoir selon Michel Foucault	9
b. La particularité de la médecine : normativité et sexualité	11
c. Le savoir au service des politiques dans l’Histoire	11
2. <i>Savoir, sexisme et pouvoir</i>	12
a. L’éradication historique des femmes de la sphère du savoir	12
b. L’obstétrique : une conquête du pouvoir masculin sur un savoir féminin.....	13
3. <i>Le sexisme et le savoir médical</i>	14
a. Le cas du Dr Séverin Icard	14
b. L’interprétation scientifique de la procréation	16
c. La physiologie féminine, une variante de la physiologie masculine ?	19
<u>Conclusion</u>	20
II) <u>La spécificité de la gynécologie dans la société</u>	22
1. <i>Ambigüité de la gynécologie</i>	23
a. <i>Un terrain de libération des femmes</i>	23
b. Mais également un organe de discipline	23
2. <i>Les problèmes gynécologiques deviennent des problèmes sociétaux</i>	24
a. La contraception	24
b. L’avortement	25

3. <i>Contrôle des femmes, colonisation des corps</i>	29
a. L'anatomie féminine et son étymologie	29
b. Contraception, désinformation, et injonction de responsabilité	31
c. Pathologisation et contrôle	36
<u>Conclusion</u>	41
III) <u>Injonctions sexistes et conséquences directes sur la pratique</u>	42
1. <i>La femme ment et est émotive et irresponsable</i>	42
a. La femme ment et pleure pour rien : préjugés sexistes	42
b. Douleur et errance diagnostique	44
2. <i>La gynécologie : soin des organes reproducteurs mais surtout pas sexuels</i>	48
a. Méconnaissance du corps féminin et errance thérapeutique	48
b. La sexualité niée	49
c. Le point du mari	52
3. <i>Les femmes et leurs droits</i>	53
a. L'égalité des soins	53
b. Le consentement	53
c. La particularité de l'obstétrique	54
4. <i>Quand le soin du corps féminin sexuel prend des airs de châtiment</i>	57
a. Le mythe de l'hymen	57
b. L'humiliation de la femme sexuelle	58
c. Les pratiques anciennes, témoins de l'histoire sexiste de la médecine	59
<u>Conclusion</u>	60
IV) <u>Vers une médecine féministe</u>	61
1. <i>Réinvestir son corps avec l'auto-gynécologie</i>	61
2. <i>Une médecine inclusive et acceptante</i>	62
3. <i>Une nouvelle conception de soignant-e</i>	63
a. Une relation entre deux personnes	63
b. Soigner est un métier, pas une mission	63
c. Partager le savoir	63
<u>Conclusion</u>	64
CONCLUSION	65
BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXES	71

REMERCIEMENTS

La confection et la rédaction de ce mémoire fut une lourde épreuve pour moi, dans une période agitée de ma vie qui laissait peu de place à la paix que nécessite la réflexion. Ce travail n'aurait probablement pas été possible sans les personnes que je m'apprête à citer.

Je tiens en premier lieu à remercier sincèrement Flora Bastiani, ma maîtresse de recherche, qui a fait montre d'une patience à toute épreuve à mon égard et je ne saurai me montrer assez reconnaissante de sa bienveillance, sa tolérance et de ses encouragements.

Je remercie également chaudement Martin Winckler qui fut d'une disponibilité et d'une gentillesse sans faille et qui a répondu à mes questions pendant de longues heures.

Merci à mes parents et à ma sœur d'avoir cru en mon projet de m'avoir encouragée à le mener à bien. Merci à Cécile S pour les heures que nous avons passées à nous soutenir mutuellement.

Je remercie de tout mon cœur Marielle V pour son soutien et sa bienveillance à mon égard, pour le regard encourageant et amusé qu'elle a posé sur moi, sans lequel je n'aurais probablement pas osé me lancer dans cette épreuve.

Pour finir je remercie tous les parents qui, lors de mon stage en suites de couche, m'ont acceptée dans leur chambre et m'ont laissé une place dans ces quelques précieux instants que fut l'accueil de leur enfant, et chacune des douze mille quatorze personnes qui ont accepté de témoigner et de livrer certains des événements les plus intimes et douloureux de leur existence, pour m'aider à mener mon travail à bien. A vous toutes et tous, je vous suis reconnaissante, et je vous soutiens.

AVANT-PROPOS

La recherche qui suit s'inscrit dans une démarche féministe. Or **le féminisme tend à la compréhension, l'acceptation, la validation et la défense de tous les genres quels qu'ils soient**. Cette démarche passe par l'utilisation d'une grammaire différente qui permette de visibiliser le féminin et les genres non-binaires (ni masculin ni féminin)¹. Aussi, certains mots seront accordés et orthographiés de sorte que tous les noms communs et les pronoms se rapportant à des personnes auront leur genre neutralisé (nous écrivons par exemple « les soignant-e-s », « il ou elle » deviendra « iel » et « iels » au pluriel, « celui ou celle » devient « cellui » et « ceux » au pluriel, « le ou la » deviendra « li », « du ou de la » deviendra « di » ...). Trois tableaux synthétisant les principaux changements d'orthographe sont mis à disposition en annexe. Cette orthographe inclusive validée par les associations de défense des droits des personnes LGBTQ permet de ne nier aucune personne, qu'elle soit homme ou femme cisgenre, personne d'expérience transidentitaire, intersexe (quel que soit son genre), non binaire, et de visibiliser tous les membres de la société.

Nous prenons cette précaution parce que si la gynécologie concerne l'appareil génital femelle humain, il ne concerne pas nécessairement que des femmes. En effet les personnes ayant ou ayant eu une expérience de la gynécologie peuvent également être d'expérience transidentitaire, non binaires, ou intersexes de genre non féminin. Nous parlerons pourtant bien du sexisme que les personnes subissent en gynécologie, parce que celui-ci s'abat sur celles qu'il considère comme des femmes, sans faire de différence entre leur sexe et leur genre. De la même manière, si à certains moments de la recherche nous parlons d'hommes et de femmes de manière non neutre ni inclusive, c'est que nous nous plaçons dans le contexte où la dissociation entre le sexe biologique et l'identité de genre n'est pas reconnue, par exemple lors de considérations historiques.

Si cette orthographe n'est pas encore généralisée et peut sembler compliquer la lecture, nous sommes convaincu-e-s que nous nous y habituons au fil du texte, qu'elle se répandra, et qu'il est nécessaire de participer à sa diffusion en écrivant nous-mêmes des recherches à l'orthographe inclusive.

Par ailleurs, plutôt que de parler de patientes, nous préférons parler de soigné-e-s lorsqu'il s'agit de pathologies et d'usagèr-e-s lorsqu'il s'agit de contraception et de dépistages et de grossesse. Cependant nous parlerons indifféremment de professionnel-le-s de santé et de soignant-e-s, puisque ce dernier terme peut être entendu comme « celui qui soigne » et « celui qui prend soin ».

¹ Nous suivons les propositions de l'UESG, à voir dans <http://uniqueensongenre.eklablog.fr/petit-dico-de-francais-neutre-inclusif-a120741542> [disponible en ligne le 11/09/2017]. Le tableau des déterminants, articles et pronoms est disponible en annexe.

INTRODUCTION

La culture soignante est une culture à part entière. Elle a une histoire qui lui est propre et dont elle hérite, des racines qui font d'elle ce qu'elle est aujourd'hui. Or le soin était autrefois une mission du clergé : organisée par l'Eglise, l'aide aux malades et aux indigent-e-s constituait une œuvre de charité. Les valeurs morales issues du catholicisme sont donc ancrées dans ce que l'on attend aujourd'hui du soin médical, autrement dit la bonté de l'acte soignant et de professionnel-le de santé est toujours présumée. L'idée qu'un acte médical ou qu'un-e professionnel-le de santé puisse ne pas être guidé-e par le bien et la bienveillance n'est jamais considérée. Or nous verrons justement au fil de cette recherche que de nombreux actes médicaux sont perpétrés sans pour autant avoir un bienfait ; l'objet de la recherche est de montrer que dans certains cas, le sexisme est bien à la racine de situations médicales sans efficacité scientifique.

Aujourd'hui encore, la culture soignante est marquée par le paternalisme, c'est-à-dire par un rapport de soumission/domination, avec un-e soignant-e détenant l'autorité, le savoir, le pouvoir de décision, et le pouvoir de l'action (puisque nous sommes actuellement dans une médecine d'intervention, et non plus d'observation comme ce fut le cas à ses débuts), et un-e soigné-e déresponsabilisé-e, en demande d'aide et d'informations, « patient-e passive ». S'ajoute à ce paternalisme structurel les présumés sous-jacents liés à la position de soignant-e : il est attendu qu'il soit d'une catégorie sociale plus élevée que le soigné-e, qu'il ait un savoir supérieur, et sa moralité et bonté sont supposées.

Lorsque l'on parle de la bienveillance présumée de soignant-e, on souligne le fait que l'on s'attend spontanément à ce que celui-ci soit bon-e et mette toute son expertise au service du bien. Mais alors quel bien recherche-t-il ? Nous savons aujourd'hui qu'en médecine le Bien absolu n'existe pas, il s'agit toujours de faire du mieux possible, de viser la meilleure solution possible, compte tenu du contexte. Mais là encore, l'évaluation du « mieux possible » ne peut se faire sans critères. Quels sont-ils ? Sont-ils réellement orientés uniquement vers le bien-être de patient-e ? L'ensemble du corps soignant oriente-t-il toujours l'intégralité de ses actions et de ses décisions vers le bien de la personne soignée ? Bien entendu il doit composer avec des intérêts croisés, comme par exemple l'intérêt économique, l'intérêt de la famille de la personne soignée, l'intérêt du fonctionnement général de l'établissement, l'intérêt des autres personnes soignées de l'établissement, du système de santé, de la santé publique – et c'est là tout l'intérêt de développer l'éthique médicale, il s'agit de développer des connaissances dans des domaines croisés de manière à aider les partis opposés à prendre en compte mutuellement leurs intérêts dans une discussion visant à une prise de décision. Mais ce que nous nous attacherons à démontrer plus précisément dans ce travail, c'est que les actes soignants ne sont jamais détachés de la culture soignante, et que si la personne soignante cherche le bien de celle soignée, elle ne s'écarte pas forcément pour autant de ses habitudes de pensées qui défient pourtant parfois la scientificité des actes posés dans le cadre de cette imprégnation culturelle. Nous disons que sa volonté est peut-être orientée vers un bien différent et que l'idée que le soignant-e serait dévoué-e à rechercher un bien absolu ou à rechercher absolument et exclusivement le bien de patient-e est illusoire (et encore une fois, qu'est-ce que le bien de patient-e ? si le soignant détient une supériorité morale et intellectuelle il semble pouvoir décider du bien que doit poursuivre le soigné-e). Le soignant-e est lui-même pétri-

e d'une culture et il serait illusoire de croire en sa neutralité sous prétexte qu'il serait le relai de la science, science que l'on espère être universelle et absolue – or la science est une recherche, un savoir en perpétuelle construction et toujours dans le prisme du regard humain, par exemple si le fait de la gravité est vrai, la connaissance que nous en avons, les raisons pour lesquelles ce savoir est apparu et la manière dont il est transmis ne le sont peut-être pas ; il en est de même pour la biologie, la médecine, et donc la gynécologie : ce sont des savoirs en construction, découverts et transmis dans des contextes précis qui, nous le verrons, ont influencé leur contenu.

Parmi les différentes imprégnations culturelles, nous avons choisi d'étudier le sexisme, et l'impact que celui-ci a lorsqu'il est internalisé dans la pensée du corps soignant, pensée qui dirige les actes dans le cadre des différents soins gynécologiques.

La recherche était initialement orientée vers le paternalisme en gynécologie, parce que nous avons observé les nombreuses injonctions contraires que subissaient les mères dans un service de suites de couches. Mais le paternalisme marque structurellement la médecine en général, or dans cette situation précise il y avait quelque chose de plus, qui semblait indicible. A force de réflexion nous avons pu cibler ce qui différenciait ce service de suites de couches d'un service lambda : il s'agissait de gynécologie, de médecine appliquée au corps des femmes, à leur maternité, à leur sexualité, et les injonctions qu'elles subissaient semblaient être le fruit d'un sexisme latent. Notre hypothèse et ce que nous nous attachons à prouver dans ce travail, c'est donc que le sexisme a une influence sur la qualité des soins en gynécologie.

La principale difficulté a été de faire la différence entre ce qui relève du paternalisme et ce qui relève du sexisme à proprement parler. Déjà, notons que le terme de paternalisme est lui-même un terme sexiste, puisqu'il sous-entend que l'autorité est détenue par une figure paternelle, et ce qui fait que la figure paternelle est celle de l'autorité c'est qu'elle est masculine. De plus, le paternalisme est un outil du sexisme puisque pour dominer les femmes on les met dans une situation de soumission en les infantilisant, déresponsabilisant, ce qui est également pratiqué dans un système proprement paternaliste. Ce qui va faire la différence entre une infantilisation purement paternaliste et une infantilisation sexiste (un instrument paternaliste mis au service du sexisme), c'est qu'on va infantiliser des femmes parce qu'elles sont des femmes, et pas seulement parce qu'on veut exercer une domination sur des personnes. Sexisme et paternalisme vont donc de pair, il y a un paternalisme général, et un paternalisme qui est l'outil du sexisme.

Par ailleurs la moralisation est également un outil du sexisme, donc nous parlerons de sexisme, et ce terme englobera tous les systèmes de dominations dirigés vers les femmes –ou du moins vers les personnes considérées comme des femmes par ceux qui perpétuent le sexisme, c'est-à-dire les personnes qui ont ou ont eu une expérience de la gynécologie parce qu'ils ont ou ont eu des organes génitaux femelles–, que ces systèmes de domination passent par le paternalisme, la moralisation, et tous les autres outils que nous verrons.

Notons que nous définissons le sexisme comme **toute attitude de discrimination et de dévalorisation envers des personnes pour la raison qu'elles sont des femmes, et tentative de faire obéir les femmes à des injonctions qui visent à les placer et les maintenir dans un statut de soumission dans la société.** De surcroît, quand nous parlons du sexisme, nous parlons de **toute forme de discrimination, invalidation, dévalorisation, consciente et inconsciente, appliquée aux femmes parce qu'elles sont des femmes** ; nous ne parlons pas que des rapports de séductions non-consentis entre un soignant homme et une soignée femme ; le sexisme est **intégré**, il est perpétué aussi par les femmes, il s'agit d'un fait culturel, pas d'un événement anecdotique.

1) La médecine sexiste

En parlant de notre recherche à différentes personnes, notamment à des professionnel-le-s de santé, nous avons pu remarquer que l'existence-même du sexisme et plus particulièrement du sexisme en médecine était remise en question. On nous répondait spontanément qu'il y avait du paternalisme mais qu'il ne fallait pas y voir une spécificité féminine, que les professionnel-le-s de santé faisaient au mieux et que si certains accouchements pouvaient effectivement paraître difficiles, c'était parce qu'il était question d'urgence et de survie d'un bébé.

Or quand nous parlons de soins gynécologiques nous ne parlons pas que d'obstétrique, mais bien de tout ce qui touche à l'appareil génital femelle humain, de la sexualité à la pathologie, en passant par la contraception, les dépistages, la reproduction et les douleurs.

De plus notre travail va justement montrer que lors d'un accouchement par exemple, il s'agit effectivement de la survie d'un humain en train de naître (on pourrait parler d'un naissant, puisque lors de l'accouchement il n'est pas encore nouveau-né), mais également de la santé d'une femme, et que ce qui est considéré comme nécessaire par le corps médical ne l'est pas forcément en réalité, qu'il s'agit en fait d'une hiérarchie de priorités qui ne place pas la parturiente en tête de liste. Mais nous verrons cela en détail plus loin.

La première étape de notre travail est donc d'éliminer ce premier obstacle qu'est le regard sceptique posé spontanément sur la dénonciation du sexisme, en montrant d'office que ce-dernier existe bel et bien, et qu'il est effectivement présent en médecine, non seulement dans sa pratique mais également dans les savoirs médicaux eux-mêmes, depuis leur genèse jusqu'à leur diffusion et leur application.

1. Il n'y a pas de savoir neutre

En effet le savoir absolu, universel et neutre est un fantasme humain. Ce n'est pas la science, la connaissance, qui est universelle et nécessaire, mais certains faits. Si une vérité absolue existe, l'être humain ne peut s'en saisir entièrement et n'aura accès qu'à des bouts de vérité, des points de vue sur elle. La connaissance que nous en avons est non seulement partielle, mais aussi orientée, puisque nous ne pouvons pas connaître en-dehors du prisme de la pensée humaine, pensée qui elle-même est toujours modelée par un contexte, une culture, des attentes, des enjeux. Les savoirs sont toujours élaborés dans un contexte particulier, de sorte qu'il serait illusoire de croire que ce contexte n'a aucune influence sur la construction du savoir, son contenu, son évolution et sa transmission. Les savoirs, notamment scientifiques, sont produits à des époques particulières, et diffusés pour servir des intérêts précis.

Justement, étudions comment le savoir est lié au contexte politique dans lequel il se développe, et donc au pouvoir.

a. Le lien savoir-pouvoir selon Michel Foucault

Pour commencer, notons que lorsque Foucault parle de généalogie il emploie en fait un terme nietzschéen qu'il comprend comme une dénonciation de l'aspect illusoire de toute idéologie, de la croyance en des valeurs morales et une vérité absolues¹. En 1967, Foucault précise : « il y a chez Nietzsche une critique de la profondeur idéale, de la profondeur de conscience, qu'il dénonce comme une invention des philosophes ; cette profondeur serait recherche pure et intérieure de la vérité. Nietzsche montre comment elle implique la résignation, l'hypocrisie, le masque ; si bien que

¹ Voir Introduction à Michel Foucault, Jean-François Bert, éditions La Découverte, collection Repères, Paris, 2011.

l'interprète doit, lorsqu'il en parcourt les signes pour les dénoncer, descendre le long de la ligne verticale et montrer que cette profondeur de l'intériorité est en fait autre chose que ce qu'elle dit. » D'ailleurs dans Nietzsche, la généalogie de l'histoire, en 1971, Foucault crée une généalogie qui se veut contre-mémoire, qui fasse la lumière sur les « savoirs assujettis », disqualifiés, ceux qui n'ont pas bénéficié du processus de véridiction.

Précisément, Michel Foucault, à la suite de Nietzsche a montré que savoir et pouvoir sont interdépendants. Pour commencer, il rompt avec la conception classique du pouvoir comme une entité, et l'étudie en tant que relations. Il définit cela comme un ensemble de relations aux effets sociaux multiples¹. En effet il n'y a pas un Pouvoir mais une infinité de relations de pouvoir dans la société.

Il montre non seulement comment la profusion de discours créent de la norme, et donc de la discipline, soit une forme de pouvoir, mais également de quelle manière les pouvoirs politiques mettent en place des dispositifs de véridiction qui consistent à rendre vrais des discours. On voit comment le savoir crée du pouvoir, d'où l'intérêt qu'a un pouvoir à créer et contrôler le savoir pour se renforcer.

En effet Foucault définit en 1977 la norme comme un savoir qui se donne « des moyens de correction qui ne sont pas exactement des moyens de punition, mais des moyens de transformation de l'individu, toute une technologie du comportement de l'être humain ». Autrement dit la norme est un discours produit et diffusé de sorte qu'il est intégré, assimilé par les populations et finit par être perçu comme naturel, « normal » : il ne s'agit pas d'un pouvoir coercitif à proprement parler, mais d'un pouvoir transformateur, modulateur des comportements.

Foucault étudie en outre les processus de véridiction. Il existe des « techniques de vérité » qui ont des « effets de réalité » dans la société. Il s'agit de « discours qu'elle [la société] accueille et fait fonctionner comme vrais ; les mécanismes et les instances qui permettent de distinguer les énoncés vrais ou faux, la manière dont on sanctionne les uns les autres ; les techniques et les procédures qui sont valorisées pour l'obtention de la vérité ; le statut de ceux qui ont la charge de dire ce qui fonctionne comme vrai » (Foucault, 1976). En fait, c'est un processus qui crée de la vérité, qui choisit un discours qui sera présenté et diffusé comme un savoir, une parole valable et vraie, tandis que d'autres discours seront invisibilisés. C'est une hiérarchisation des discours sur le critère de leur intérêt à servir un certain pouvoir, mais cet acte de hiérarchisation crée l'illusion d'une importance, et donc d'une vérité.

Par exemple, nous montrerons par la suite comment Icard, un pédiatre qui n'a jamais eu affaire à la gynécologie, écrivit un livre sur la faiblesse morale des femmes pendant leurs menstrues, ouvrage totalement infondé scientifiquement, mais qui reçut toutes les récompenses, tandis que de nombreuses autrices² virent leurs œuvres brûlées, invisibilisées, si elles n'étaient pas elles-mêmes exécutées ou enfermées, de même que Galilée vit son œuvre mise à l'index par l'Eglise malgré l'exactitude de ses propos. La stratégie de véridiction est ici très claire : l'ouvrage d'Icard arrivait au bon moment, au bon endroit, et bien qu'il ne soit fondé sur aucune étude valable, il fut diffusé à grande échelle en tant qu'ouvrage scientifique de référence, pendant de nombreuses années et au-delà des frontières. On voit bien que ce n'est pas le critère de vérité qui hiérarchise les discours, mais le critère de l'intérêt que celui-ci peut apporter à la société.

La stratégie de pouvoir par le savoir est donc double : la profusion de savoir crée de la norme, elle discipline les corps, et le pouvoir met en place un processus qui qualifie certains discours de vérités, de savoirs. Autrement dit, le pouvoir sélectionne les discours qu'il passera pour vrais, de sorte que ces discours rendus savoirs soient diffusés, assimilés jusqu'à devenir normatifs et donc disciplinaires.

¹ *idem*

² Nous expliquerons plus bas l'emploi du mot autrice, plutôt qu'auteur ou auteure.

b. La particularité de la médecine : normativité et sexualité

La prolifération des discours est donc normative, selon Foucault, plus qu'elle n'est libératrice. Il considère que « la morale n'est pas tant dans le refoulement que dans la prolifération de ses descriptions, de ses mises en exergue, de son catalogue raisonné des vices. »¹

Or justement, la société a cherché à produire des savoirs sur la sexualité, qui ont mené à une normativisation de la vie sexuelle et Foucault se penche en particulier sur la médecine. Il montre comment le pouvoir, à partir du XVIII^{ème} siècle, gouverne l'ensemble des vivants à partir des questions de santé, d'hygiène, d'alimentation, de sexualité, devenues de nouveaux enjeux politiques.

Le pouvoir coercitif et politique est différent du pouvoir normatif. La société disciplinaire mène les individus « à ressentir les contraintes comme naturelles et même comme souhaitables »². Si la discipline a servi à l'hygiène de l'Antiquité au Moyen-Age, elle sert désormais à surveiller et corriger les comportements contre-productifs aux yeux de la société. Or qu'y a-t-il de plus contre-productif qu'une femme qui n'enfante pas ? Une sexualité détachée de la procréation, qui ne viserait que le plaisir, désorganiserait la société, mettrait en question la pérennité du peuple, elle doit donc être maîtrisée, normativisée, disciplinée.

« La sexualité est donc le lieu d'un conflit politique. »³

D'ailleurs dans le quatrième chapitre de son Introduction à Michel Foucault, « Pratiques de soi et rapport à l'autre », Jean-François Bert montre le lien que fait Foucault entre savoir, pouvoir et sexualité. En effet savoir et pouvoir s'organisent au XIX^{ème} siècle autour de quatre points qui ont un rapport avec la sexualité : hystérisation du corps de la femme, pédagogisation du sexe de l'enfant, socialisation des conduites procréatrices, et psychiatrisation du plaisir pervers.

De surcroît, Foucault, dans son archéologie de l'expérience médicale, observe comment la production de savoir médical est un « processus ininterrompu et contraignant qui engendre un ordre social et règlemente nos routines les plus quotidiennes ». La médicalisation de la société aurait ainsi un effet disciplinaire, elle maîtriserait les corps hors de la situation pathologique. Nous montrerons plus loin dans la recherche comment la médicalisation de l'accouchement et du corps des femmes est en même temps un instrument de contrainte de la sexualité féminine.

c. Le savoir au service du pouvoir dans l'Histoire

De plus, on voit comment dans l'Histoire, de manière très concrète, les Etats ont pu commander et orienter les recherches scientifiques dans des domaines précis en fonction des contextes politiques et des intérêts qu'ils poursuivaient. Ainsi, les avancées scientifiques et technologiques sont liées à l'histoire du monde, elles sont nées seulement dans un contexte particulier, mais c'est bien ce contexte qui les a fait naître. Ces recherches furent favorisées rendues possibles pour être mises au service du pouvoir politique en fonction des intérêts que celui-ci poursuivait.

En effet on a vu comment, pendant la Seconde Guerre Mondiale, le régime nazi a mis à disposition des médecins des cobayes humains, pour leur faire rechercher un cœur ou un cerveau juif qui serait plus petit que la moyenne. Ce qui passait pour science –mais n'en avait que le nom et la blouse, puisque la méthode n'était, encore une fois, absolument pas scientifique– était privilégié, et commandé par le pouvoir en place pour servir son idéologie.

¹ Voir Histoire de la sexualité I, La volonté de savoir, Michel Foucault, éditions Gallimard, collection tel, 1976

² Voir Introduction à Michel Foucault, Jean-François Bert, éditions La Découverte, collection Repères, Paris, 2011, p67.

³ Voir Comprendre Foucault, Jean-Clet Martin, éditions Max Milo, collection Comprendre/essai graphique, Paris, 2014

Autre exemple, pendant la Guerre Froide le gouvernement américain a fait la promotion de la conquête spatiale parce qu'il était important que son peuple soit le premier à conquérir la Lune, pour montrer sa supériorité face au bloc communiste.

Le savoir scientifique devient un objet de négociation politique à part entière quand, par exemple, tous les Etats n'ont pas la bombe atomique. Il faut une réunion de tous les pouvoirs les plus importants pour décider de si un Etat recevra la « recette » de l'arme nucléaire, on voit ici l'accès à un savoir scientifique dépend entièrement de considérations géopolitiques et diplomatiques.

Par ailleurs, l'orientation des savoirs par le pouvoir en place sert, aujourd'hui encore, des intérêts divers. Le gouvernement français et l'Union européenne cherchent par exemple des solutions au problème écologique de notre société. Ils favorisent donc les recherches scientifiques dans ce domaine en proposant de nombreuses primes et bourses, et modes de financements pour les étudiants qui effectueraient leurs recherches dans le champ des énergies renouvelables.

L'idée que la science serait un savoir pur, absolu et objectif est donc bien illusoire : si les lois de la nature existent, la prise que nous avons sur elles est partielle, intéressée, contextualisée, orientée vers des intérêts concrets, et parfois même nous faisons passer pour vrai ce qui ne l'est pas.

2. *Savoir, sexisme et pouvoir*

Si savoir et pouvoir s'imbriquent et sont interdépendants, dans une société phallogratique qui plaçait le pouvoir politique entre les mains des hommes uniquement, il fallait d'office écarter les femmes de tout savoir. Nous allons ici montrer que le pouvoir a bel et bien tronqué et orienté des discours de vérité de manière à servir le sexisme qui permettait de maintenir l'ordre établi.

a. L'éradication historique des femmes de la sphère du savoir

Au début du XVII^{ème} siècle, les femmes faisaient encore partie de la sphère du savoir puisque nombre d'entre elles écrivaient romans, poèmes, essais... Mais après la menace de ne pas voir d'héritier masculin au trône d'Henri II, la lutte d'expulsion des femmes hors des sphères de pouvoir de la société se déplace vers la sphère du savoir. Nous l'avons montré, comme savoir et pouvoir se soutiennent mutuellement, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'un pouvoir qui se veut masculin cherche à évincer le savoir féminin. D'ailleurs, c'est l'année du couronnement d'Henri IV que Béroalde de Verville déclare : « On dit que si les femmes savaient, elles voudraient commander »¹. De nombreuses femmes lettrées, aujourd'hui quasiment inconnues puisqu'invisibilisées, s'élèvent alors en publiant des textes tels que « L'égalité des hommes et des femmes » (Marie de Gournay en 1622), « Apologie pour les dames » (Jacqueline de Mirmont en 1602), ou « Harangue qui s'adresse aux hommes qui veulent bien défendre la science aux femmes » (Charlotte de Brachart en 1604).

Les femmes s'approchent alors dangereusement du pouvoir : les bourgeoises lisent, écrivent et tiennent salon, et les nobles vont à la Cour ; il devient urgent d'éradiquer le féminin. En 1630 Richelieu écarte Marie de Médicis du pouvoir et en 1635 il crée l'Académie française, assemblée réservée aux hommes qui décidera de l'évolution de la langue. Si de nombreuses femmes sont plus que qualifiées pour tenir ce rôle, on leur préférera des hommes, même si certains n'ont que faire de la littérature, comme par exemple le petit cousin de Richelieu qui deviendra immortel à dix-sept ans².

¹ Voir « Le mot "autrice" vous choque-t-il ? », Agnès Giard, mis à jour le 05.06.2015 ; <http://sexes.blogs.liberation.fr/2015/05/31/le-mot-autrice-vous-choque-t-il/>

² Voir « Auteur, auteure ou autrice ? » Audrey Alwett, 22.02.2016 ; <http://www.audreyalwett.com/auteur-auteure-ou-autrice/>

L'Académie française entame alors une entreprise de masculinisation de la langue : les métiers de savoir (philosophe, autrice, peintre, médecin...) et de pouvoir (impératrice, financière, officière, avocate, mareshale, boursière, cordière, fusicienne, feronne, clergesse, dompteresse...) voient leur féminin éliminé tandis que les activités corporelles (actrice) et subalternes (boulangère) conservent les deux genres, manière de faire comprendre aux femmes la place qui doit rester la leur (par exemple on ne dit plus « une médecine », mais on continue de dire « une infirmière »).

De la même manière, les immortels modifient le genre de certains mots, ainsi les expressions qui correspondent à des caractéristiques qui semblent masculines (force, agressivité, pouvoir, puissance) sont masculinisés, et ceux qui correspondent à des caractéristiques qui semblent féminines (mollesse, beauté, faiblesse) sont féminisés. Les termes « sphynx, art, comté, duché, évêché, archevêché, honneur, poison, serpent », anciennement féminins passent donc au masculin, tandis que « erreur, affaire, cuillère, date, équivoque, horloge, image, insulte, ombre » passent du masculin au féminin. Le mot « aigle », par exemple, est initialement resté féminin à cause de sa terminaison douce (on parlait de rime féminine), mais est devenu masculin lorsque Napoléon Bonaparte a voulu en faire son emblème : un empereur ne pouvait pas se permettre de dégrader son image en étant représenté par un symbole féminin, il l'a donc masculinisé.

Les femmes citées précédemment qui occupaient de fait une place importante dans la société du savoir français sont aujourd'hui inconnues et très peu étudiées – il a d'ailleurs fallu publier des pétitions pour que des autrices soient au programme du baccalauréat littéraire ces dernières années – parce qu'elles ont été invisibilisées par le pouvoir. Les auteurs des encyclopédies et grammaire ont tout simplement refusé de les faire apparaître dans leurs ouvrages, si bien qu'elles ont disparu du paysage culturel français et qu'aujourd'hui encore elles sont invisibles.

On voit bien ici comment le processus de véridiction à l'initiative du pouvoir royal a fonctionné pour servir un intérêt précis : conserver le pouvoir entre les mains des hommes. Le sexisme a donc bien une influence sur la connaissance puisqu'il a très clairement été à l'origine de l'invisibilisation totale d'une partie du savoir et de la culture, et l'influence de ce moment très précis de l'Histoire a traversé les siècles et les frontières.

b. L'obstétrique : une conquête du pouvoir masculin sur un savoir féminin

De la même manière, l'histoire de l'obstétrique retrace l'histoire d'une conquête du pouvoir des hommes sur le savoir des femmes. Si des représentations antiques de femmes accouchant seules ont été retrouvées, le statut de sage-femme s'est rapidement fait une place dans la vie des mères de famille. Il s'agissait de dames d'expérience qui savaient comment aider une femme à mettre au monde son enfant. L'accouchement était alors une histoire de femmes, la place des hommes n'était pas aux côtés d'une parturiente impudique.

Mais les guerres décimant la population et l'état de santé des femmes étant médiocre après de nombreuses épidémies et famines, trop d'enfants mouraient coincés dans le bassin de leur mère rachitique, or le pouvoir royal avait besoin de sujets en nombre suffisant pour pouvoir mener à bien ses nombreuses batailles.

Il fallut donc trouver une solution pour faire naître ces enfants malgré la maigreur de leur mère : ceux qui faisaient à l'époque office de chirurgiens, les barbiers, entrèrent dans les chambres des femmes en couche. Ils étaient désignés, non pas pour leurs compétences médicales, mais parce qu'ils possédaient les outils nécessaires, la chirurgie étant à l'époque considérée comme un métier manuel de la même envergure que la charpenterie et non comme une branche de la médecine. Les barbiers scièrent donc les bassins des mères, expulsant du corps de femmes laissées pour mortes des nouveau-nés bien vivants.

Face aux hommes les sages-femmes n'avaient plus leur mot à dire, or ils intervenaient de plus en plus régulièrement, les éclipsant de fait. Petit à petit la délivrance devint une affaire chirurgicale, et face à l'efficacité redoutable de cette méthode de découpage des femmes, le pouvoir royal donna la responsabilité de l'accouchement aux barbiers, si bien que les sages-femmes devinrent totalement assujetties et subalternes à ces-derniers.

On voit donc comment, dans un domaine précis, le pouvoir royal a déployé la force d'un discours masculin pour éradiquer le savoir féminin d'une discipline qui prenait de l'importance. Il s'agit d'une véritable guerre menée par le pouvoir masculin contre un savoir féminin sur le champ de bataille que fut le corps des femmes.

3. *Le sexisme et le savoir médical*

Si comme nous l'avons démontré le pouvoir politique en place peut commander, orienter, tronquer et invisibiliser des savoirs, même relatifs à la science, ces discours issus d'un processus de véridiction peuvent également servir un pouvoir plus diffus, moins concret et contextualisé que le pouvoir royal. Ils peuvent par exemple être au service d'une catégorie de la population qui prendrait le pouvoir sur les autres, en l'occurrence certains discours médicaux ont été érigés en vérités pour renforcer la domination masculine : nous allons justement montrer comment des données médicales qui furent – ou sont encore – considérées comme vraies sont en fait nées de considérations sexistes, considérations qu'elles contribuent à alimenter.

a. Le cas du Dr Séverin Icard

En 1890, Séverin Icard, pédiatre, écrit un livre à la décharge des femmes¹. En effet il trouve terrible la sévérité des sentences prononcées à l'encontre des criminelles et demeure persuadé qu'elles ne sont pas fondamentalement malfaisantes. Il considère que la perversion et le crime sont des phénomènes biologiques. En effet son raisonnement part de la croyance en l'existence d'une forme de solidarité entre les organes qui ferait que lorsqu'un organe ne fonctionne plus correctement, c'est tout l'organisme qui serait déséquilibré. Pour les femmes il pose le principe d'une sympathie génitale, c'est-à-dire que cette solidarité des organes entre eux est liée au bon fonctionnement de l'appareil génital féminin. Or justement, selon lui la menstruation se rapproche plus d'un état pathologique que physiologique, puisque le sang évacué est considéré comme impur et très toxique. A chaque cycle, les organes génitaux féminins seraient donc déséquilibrés et, dans un élan de sympathie menstruelle, la femme perdrait alors le contrôle d'elle-même et son jugement serait altéré. Folie et menstruation sont alors liées pour les décennies, voire les siècles qui suivent, et par extension folie et féminité sont implicitement corrélées dans les esprits.

Icard remarque que les troubles des menstruations sont fréquents chez celles qu'il appelle les aliénées, il en déduit donc que tant que les menstrues ne seront pas régulées ces femmes ne pourront être soignées.

Notons au passage que si le but d'Icard était de prouver qu'il ne fallait pas accabler les criminelles en prouvant leur irresponsabilité mensuelle, il en a tout de même profité pour glisser l'idée qu'il est important d'apprendre aux femmes à être des épouses, mais qu'en tant que sexe faible elles ne doivent pas se voir confié de rôle public, puisqu'elles se trouvent troublées chaque mois lors de leurs menstrues. Il ajoute : « on ne saurait se reposer sur une santé aussi fragile et fréquemment troublée ».

¹ La femme pendant la période menstruelle, *Etude de psychologie morbide et de médecine légale* ; Séverin Icard, édition Félix Alcan, Paris, 1890

On voit très clairement ici le glissement du discours qui se veut scientifique vers le propos politique, la consolidation de la domination en place.

En outre, le raisonnement en lui-même n'a rien de scientifique. En effet, le troisième chapitre est titre « L'existence d'une sympathie menstruelle est certaine », et le premier paragraphe qui s'intitule « Preuve d'autorité » est en fait un recueil de noms qu'il déclare respectables et qu'il érige de fait en vérités absolues. Il cite en effet « Zend-Avesta chez les Perses et les Babyloniens, Bible et Talmud chez les Hébreux », Gendrin, Huchard, Limas, Osandier, Raciborski, Schroter, Trélat, Voisin et de nombreux autres, par ordre alphabétique.

Puis quand il passe aux preuves cliniques, il s'appuie sur des observations faites par les détenteurs de l'autorité cités précédemment sur des cas particuliers et isolés.

Il écrit par exemple : « Une jeune fille, devenue aliénée par la suppression des règles, un matin, en se levant, alla se jeter au cou de sa mère, en criant : « Maman, je suis guérie ! » Les menstrues avaient coulé abondamment et sa raison s'était rétablie aussitôt. (*Esquirol, cité par Loiseau, Thèse de Paris, 1856, p. 53*) », ou encore « Il y avait à la Salpêtrière, quand j'étais médecin de cet hospice, une femme qui, lors de la première menstruation, était devenue folle et qui guérit à quarante-deux ans, lors de la disparition des menstrues. (*In art. « Folie » du Dict. en 60 vol. des Sciences médicales.*) » .

Pourtant, son livre recevra tous les honneurs et deviendra lui-même un argument d'autorité partout en Europe, il influencera la recherche et la société pendant des décennies si bien qu'en 1984 le Royaume-Uni reconnut le syndrome prémenstruel comme circonstance atténuante de délits tels que le vol, et qu'aujourd'hui encore les menstruations servent d'argument à la suspicion et au dénigrement des capacités cognitives des femmes.

Pourtant en 1914 la chercheuse américaine Leta Stetter Hollingworth publie une recherche¹ – cette fois appuyée sur des études cliniques et statistiques menées sur un panel comparatif d'hommes et de femmes – qui démontre l'inconsistance du discours androcentrique d'Icard et mène à la conclusion qu'il n'existe pas de preuve empirique qui permette de montrer une diminution des capacités des femmes lors de la période menstruelle.

Elle commence son argumentation en prenant le contre-pied exact d'Icard, puisqu'elle déclare : « *There is almost no previous literature of this subject, if we limit our consideration to experimental reports. A few statistical studies, to be briefly summarized later, have been made, however, and scientific opinion has expressed itself frequently and freely.*

Michelet refers to the function as " the cause of a whole drama" »². Elle s'appuie donc sur les études statistiques qu'elle a menées elle-même, et déplore la profusion de discours délivrés par la sphère scientifique à ce sujet, discours qu'elle qualifie d'opinions.

Son ouvrage ne fut que très peu diffusé et est rapidement tombé dans l'oubli.

On voit ici comment la société a utilisé un discours sans valeur scientifique, discours qui avait pour but initial de prouver l'irresponsabilité des femmes en matière juridique, pour justifier de l'inaptitude de celles-ci à détenir un quelconque pouvoir citoyen, et ce pour plusieurs décennies. La domination masculine s'est confortée en érigeant cette recherche au sommet de la hiérarchie des savoirs médicaux, si bien qu'elle a eu un impact considérable sur la médecine.

La science et la médecine ont ici, de fait, cédé à l'intérêt de la catégorie dominante de la société : c'est la preuve qu'un discours présenté comme scientifique, médical, et donc comme vrai peut en fait être totalement biaisé, voire tout simplement faux.

¹ Functional periodicity, *An experimental study of the mental and motor abilities of women during menstruation* ; Leta Stetter Hollingworth, Teachers College, Columbia University, New York City, 1914

² « Il n'y a quasiment pas de littérature antérieure à ce sujet, si nous limitons nos considérations aux études expérimentales. Quelques études statistiques, que nous résumerons succinctement plus tard, ont été cependant menées, et l'opinion scientifique s'est exprimée fréquemment et librement. Michelet se réfère à la fonction [menstruelle] comme "la cause d'un drame tout entier" ».

Nous avons démontré que ce phénomène d'attribution de vérité à un discours faux a bel et bien existé, nous allons à présent prouver que ce phénomène continue d'exister et que l'argument selon lequel le soignant-e est objectif et les actes posés le sont parce qu'ils sont nécessaires est en fait une interprétation, un biais sur la réalité : l'acte posé l'est parce qu'il est considéré comme nécessaire ou utile par le professionnel-le de santé qui met en application le savoir qui lui a été transmis dans un cadre culturel particulier.

b. L'interprétation scientifique de la procréation

L'anthropologue Emily Martin étudie en 1991 le discours scientifique sur la procréation humaine¹, et montre comment ce qu'elle appelle le roman de la biologie est façonné par l'attente stéréotypée des rôles masculins et féminins. Elle ouvre son étude ainsi : « *As an anthropologist, I am intrigued by the possibility that culture shapes how biological scientists describe what they discover about the natural world. [Nous ajouterons que non seulement la description de leurs découvertes peut être biaisée par leur culture, mais que leurs découvertes elles-mêmes sont orientées et biaisées par celle-ci] If this were so, we would be learning about more than the natural world in high school biology class ; we would be learning about cultural beliefs as if they were part of nature* »².

Martin étudie les différents ouvrages de biologie utilisés dans l'enseignement général et dans l'enseignement supérieur de médecine, et remarque deux phénomènes : le ton employé pour décrire la physiologie féminine est dépréciatif, et les rôles attribués aux organes féminins et aux masculins correspondent à des caractéristiques genrées stéréotypiques.

Pour commencer, les manuels de biologie présentent les systèmes reproducteurs masculin et féminin comme des systèmes de production de substances de valeur, que sont les gamètes. Mais dans le cas de la physiologie féminine, le cycle menstruel est décrit comme la maturation d'un ovule et la préparation d'un lieu convenable lui permettant d'être fécondé et de se développer, de sorte que les menstrues sont toujours décrites comme un échec. « *Medical texts describe menstruation as the "debris" of the uterine lining, the result of necrosis, or death of tissue*³ ». Cette interprétation implique qu'un corps féminin non fécondé, qui a donc des menstrues, est égaré, gaspillé, crée de la substance inutile. Les termes fréquemment employés pour décrire le cycle féminin sont d'ailleurs « *ceasing, dying, losing, denuding, expelling*⁴ ».

La physiologie reproductive masculine ne subit pourtant pas le même sort.

En effet l'attention est portée sur la production en quantité des spermatozoïdes et non sur leur mort quotidienne ou leur expulsion à perte, ainsi dans le même texte qui décrivait le cycle féminin comme une production ratée on trouve « *Perhaps the most amazing characteristic of spermatogenesis is its sheer magnitude*⁵ », ou « *Whereas the female sheds only a single gamete each month, the seminiferous tubules produce hundreds of millions of sperm each day*⁶ ». On voit ici la volonté de comparer le masculin et le féminin, de les mesurer l'un contre l'autre comme deux entités analogiques et

¹ « The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles », Emily Martin, *Signs*, 1991, p485

² « En tant qu'anthropologue je suis intriguée par la possibilité que la culture façonne la manière dont les biologistes décrivent ce qu'ils découvrent du monde naturel. S'il en est ainsi, alors nous étudions plus que la nature en cours de biologie au lycée ; nous étudions des croyances culturelles comme si elles étaient dans la nature »

³ « Les textes médicaux décrivent les menstrues comme les "débris" de la paroi utérine, le résultat d'une nécrose, ou la mort du tissu »

⁴ « cesser, mourir, perdre, dépouiller, rejeter »

⁵ « La caractéristique la plus extraordinaire de la spermatogénèse est peut-être sa magnitude »

⁶ « Alors que la femelle ne perd qu'une seule gamète chaque mois, les tubules séminifères produisent des centaines de millions de spermatozoïdes chaque jour »

concurrentes, et la position prise par le discours est très claire : la femme *perd* un ovule, tandis que l'homme *produit* des spermatozoïdes.

Pourtant, l'événement qui correspondrait le mieux à la spermatogénèse dans la physiologie féminine n'est pas la menstruation mais l'ovulation, mais celle-ci n'est pas décrite de manière plus méliorative pour autant. Au contraire, l'emphase est mise sur le fait que tous les follicules qui deviendront plus tard des ovocytes sont déjà présents dans les ovaires dès la naissance, et en nombre fini, la vie de la femme est alors un compte à rebours de ses follicules restants, une dégénérescence, d'autant qu'un grand nombre d'entre eux périclît sans mûrir, que le reste sera expulsé lors des menstrues, et que les réserves sont épuisées aux alentours des cinquante ans de la femme. La spermatogénèse est en revanche décrite comme la production quotidienne et infinie de gamètes.

Pour éviter d'associer un jugement de valeur genré au détriment des personnes de sexe féminin, Emily Martin propose une nouvelle manière de décrire les phénomènes liés à la reproduction : plutôt que d'opposer et de comparer les physiologies mâle et femelle, elles pourraient être décrites comme des homologues. Ainsi l'on pourrait préciser que la femelle *produit* les ovocytes un par un chaque mois, et ne pas omettre que le mâle peut connaître une dégénérescence de ses cellules germinales notamment de ses spermatogonies.

Par ailleurs, la reproduction est étudiée et décrite selon des rôles qui semblent prédéfinis et attribués arbitrairement aux organismes selon leur sexe, de sorte que Martin décrit le discours savant comme un conte de fées scientifique (« *Egg and sperm : a scientific fairy tale* »).

Ainsi, une intention est donnée au spermatozoïde, décrit comme un personnage conquérant et valeureux, tandis que l'ovule est vu comme tellement passif qu'il est nié : dans la revue scientifique *Cell*, le spermatozoïde est décrit comme « exécutant la décision » de fertiliser un ovule, et dans The functional anatomy of the spermatozoan, Lennart Nilsson titre une illustration représentant un énorme ovule et un spermatozoïde minuscule « *A portrait of the sperm* ». S'il s'agit d'un ouvrage dédié à l'étude des spermatozoïdes, le terme de « portrait » est tout de même intéressant : il rappelle les portraits commandés par les nobles, il est connoté de richesse et de pouvoir, or justement, « eggs have only micrographs or pictures, not portraits¹ ».

L'anthropologue ajoute que la seule représentation qu'elle ait trouvée d'un spermatozoïde timide et faible se trouve dans le film de Woody Allen Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le sexe, où le réalisateur incarne lui-même un spermatozoïde angoissé à l'approche de l'orgasme, effrayé de se cogner au plafond ou d'être détruit par une contraception.

En revanche elle précise que la justification de la représentation traditionnelle de la fécondation, l'ovule « demoiselle en détresse » qui attend d'être sauvée par le spermatozoïde héroïque, ne peut être trouvée dans le fait biologique.

En effet, si le spermatozoïde est généralement décrit comme ayant sur sa tête une substance qui le lie à l'ovule et le fait le pénétrer par une action à la fois mécanique et chimique initiée par le gamète mâle, des recherches menées par Jay M Baltz ont montré que le mouvement de la queue du spermatozoïde était en fait bien trop faible pour faire de lui le pénétrateur brutal que l'on attend. Sa tête ne pousse d'ailleurs pas vers l'avant mais d'avant en arrière, et le mouvement de la queue le dirige sur le côté, si bien qu'il se frotte latéralement à l'ovule plus qu'il ne le pénètre. Son mouvement est bien plus un évitement de l'ovule, dont la surface est faite de telle sorte qu'elle doit pouvoir piéger les spermatozoïdes de sorte qu'ils ne puissent pas s'en détacher. Les chercheurs en ont conclu que la fécondation est rendue possible par l'adhérence de molécules sur les surfaces des deux gamètes, mais le mouvement du spermatozoïde étant trop faible pour pénétrer l'ovule, c'est en fait une enzyme qu'il libère qui doit percer l'œuf au niveau du sommet de la tête du gamète mâle, de sorte que ce-dernier puisse être orienté vers l'intérieur de l'ovule.

Mais les auteurs de ces découvertes ont pourtant continué à parler du sperme comme de l'agent actif de la fécondation, son mouvement étant seulement plus faible. C'est en 1987, plus de trois ans après

¹ « Les ovules n'ont que des micrographies ou des photographies, pas des portraits »

cette découverte, que les chercheurs ont repensé la fécondation pour donner un rôle actif à la membrane de l'ovule.

Helen et Gerard Schatten écrivent dans une revue scientifique en 1984¹ « *egg is not merely a large, yolk-filled sphere into which the sperm burrows to endow new life. Rather, recent research suggests the almost heretical view that sperm and egg are mutually active partners*² ».

Enfin, une idée très largement diffusée est celle que seul le plaisir masculin est utile à la procréation puisque le seul moyen que les gamètes mâles entrent en contact avec l'ovule est l'éjaculation. Cette vision implique que la personne de sexe féminin soit un réceptacle de la semence mise à disposition par la jouissance du partenaire. Or si le plaisir féminin est inutile à la procréation, il a vite fait d'être superflu, voire malvenu : la maternité devrait être l'accomplissement de sa nature, et la sexualité un devoir marital, pas un plaisir. Cependant l'orgasme féminin aide grandement à la fécondation puisque, comme nous l'avons montré, il est difficile pour les spermatozoïdes d'atteindre l'œuf. Justement, lors de l'orgasme féminin, le vagin et l'utérus se contractent de sorte qu'ils poussent la semence vers les trompes utérines, où se trouve l'ovule. Mais ce discours ne peut raisonnablement pas être tenu dans une société qui cherche à maintenir les femmes en soumission.

Ainsi, l'idée que l'on a longtemps eue de la procréation est tronquée et biaisée par l'attente sexiste et surréaliste d'une correspondance des comportements d'organes sexuels aux comportements humains. Les vérités aujourd'hui disponibles n'ont pas été découvertes plus tôt parce que le regard du chercheur a été biaisé par sa culture et ses attentes. D'ailleurs notons que ce sont souvent des femmes qui dirigent ou participent aux recherches qui visent à contredire un discours sexiste déguisé en savoir scientifique (nous faisons ici référence à Leta Stetter Hollingworth, Emily Martin et Helen Schatten, notamment), puisqu'elles ont un intérêt à mener à bien ces découvertes.

Les découvertes de la nature de la procréation font donc bien l'objet d'une interprétation par les scientifiques : encore aujourd'hui la présentation des faits est biaisée et se rapporte aux comportements masculins et féminins stéréotypés, comme si l'on personnifiait les organes – il y aurait les spermatozoïdes, personnages attendrissants et combatifs qui se livrent une bataille sans merci pour percer les premiers le cœur de « Dame ovule », douce, molle et passive, qui attend le gamète qui saura la conquérir –, ce qui sert la cause de ceux qui justifient la soumission des femmes à la gent masculine par l'argument naturel selon lequel si l'homme a un sperme conquérant et en quantité presque infinie, il est naturel qu'il soit polygame, chasseur de femmes, et que ce soit lui qui, à l'image de sa semence, parte à la conquête de sa dame ; en revanche la femme dont tout le corps ne fonctionne que pour être fécondé, mais qui n'a qu'une quantité limitée d'ovules, a tout intérêt à être monogame et plaisante, pour ne pas manquer l'occasion d'accomplir ce vers quoi sa nature l'appelle, la maternité.

Notons d'ailleurs la tendance qu'a la société à nier le sexe féminin. On voit que ce phénomène est encore bien présent lorsque par exemple le très médiatique Dr Cymès publie un ouvrage destiné à offrir une première approche de l'anatomie et des maladies des organes sexuels aux jeunes enfants³. Si le « zizi » masculin est nommé « pénis » et est décrit comme comportant vessie, uretère, urètre, gland, prépuce, scrotum et testicules « pour faire des bébés », la « zézette » féminine en revanche est nommée « cocotte, minou, fefesse, ou 'on donnera le nom qu'on veut à cette partie très intime du corps' » et décrit comme comportant « vessie, uretères et urètre ». Il y a cinq schémas différents sur le sexe masculin, et un seul sur le sexe féminin, qui le représente comme un trou. Aucune mention

¹ Helen et Gerard Schatten « The energetic egg », Medical world news, n°23, 23.01.1984, pp51-53

² « L'ovule n'est pas simplement une grosse sphère remplie de jaune d'œuf dans laquelle le spermatozoïde se fraierait un chemin pour la doter d'une nouvelle vie. Une recherche récente suggère plutôt l'idée presque hérétique que le spermatozoïde et l'ovule seraient des partenaires mutuellement actifs »

³ *Quand ça va, quand ça va pas, Leur corps expliqué aux enfants (et aux parents !)*, Michel Cymès et Laure Monloubou, Clochette Eds, 02.03.2017

n'est faite de la vulve, des lèvres ni du vagin, le sexe féminin est « très intime », « personne n'a le droit de le toucher », et il n'est fait que « pour faire pipi ». De surcroît douze lignes sont consacrées à la description du sexe masculin, plus des comparaisons aux pénis incroyables de différents animaux, contre quatre lignes pour le sexe féminin. Ce genre de (non) représentation du sexe féminin contribue à la négation de la place des personnes non masculines dans la sexualité. Si les petits garçons ont un « zizi » comparable au lion, et que les petites filles ont une « zézette » plate et trouée, la comparaison et le jugement de valeur ne peuvent pas ne pas s'immiscer dans les esprits et le glissement de la médiocrité de l'organe sexuel féminin à la médiocrité de ceux qui le portent est inévitable.

Pour finir, quand bien même nous parviendrions à faire adopter des métaphores plus égalitaires pour décrire le processus de procréation, nous personnifierions toujours les gamètes. Mais l'important est de prendre conscience du poids du discours et des métaphores employées, de ne pas ignorer les conséquences qu'elles ont sur la perception que les personnes ont d'elles-mêmes et de leur place dans la société, et sur la connaissance scientifique elle-même.

c. La physiologie féminine, une variante de la physiologie masculine ?

En outre, l'enseignement de la médecine présente encore la physiologie féminine comme un ensemble de variantes par rapport au standard de la physiologie masculine. La même subordination du corps féminin au corps masculin est opérée en pharmacologie, pour des raisons que nous allons développer.

En effet pour commencer la recherche a considéré –et continue encore souvent de considérer– l'homme comme le standard, la norme de la physiologie humaine. Pourtant, comme Peggy Sastre l'explique dès l'introduction de son ouvrage Le sexe des maladies, la dissemblance entre les corps masculin et féminin n'est pas liée à une simple variation d'organes analogues, la différence réside au sein-même du génome. La répercussion de cette nuance est considérable, puisque le génome est présent dans chacune des cellules du corps, et a une influence sur une infinité de fonctionnalités de l'organisme. C'est donc chaque cellule qui diffère selon qu'elle comporte un chromosome X ou Y, la dissemblance sexuelle est bien plus profonde et omniprésente qu'une simple analogie d'organes. Ainsi il n'y a pas une physiologie humaine dont une moitié des individus comporterait quelques irrégularités, mais bien deux physiologies humaines distinctes en tous points. « Hommes et femmes ne sont pas faits pareils et cette dissemblance a des répercussions elles aussi souvent spécifiques sur la santé et la maladie des hommes et des femmes ¹ ».

Les recherches médicales et pharmacologiques sont pourtant menées très largement sur des panels masculins, puisque leur physiologie est relativement stable de la fin de la puberté jusqu'à la fin de la vie, contrairement à la physiologie féminine qui comporte des variations hormonales cycliques mensuelles, mais également lors de grossesses et de la ménopause. Il est donc de fait plus complexe de mener des observations sur des individus de sexe féminin sur le long terme, et de différencier précisément l'impact de produits testés par rapport à l'impact des changements hormonaux sur le corps. Les individus masculins sont plus faciles à observer et manipuler en tant que population, et les résultats des études sont plus faciles à analyser et interpréter puisqu'ils sont plus homogènes.

Mais il y a une explication concrète et datée à la généralisation de cette négation d'une physiologie féminine propre dans le cas de la pharmacologie. Les scandales successifs de la Thalidomide – *un sédatif qui, lorsqu'il était prescrit contre les nausées matinales des femmes enceintes, a mené à la naissance de bébés auxquels manquaient des membres* – et du diéthylstilbestrol – *un œstrogène de synthèse utilisé en prévention de fausses couches qui a causé de nombreuses*

¹ Le sexe des maladies, L'impact méconnu des différences hommes/femmes sur votre santé : comment en tirer profit ?; Peggy Sastre, préface de Martin Winckler, éditions Favre, 2014, Lausanne, p13

malformations et cancers génitaux chez les enfants de sexe féminin – ont mené les Etats Unis d'Amérique puis d'autres pays à interdire les essais cliniques de phase I et II aux femmes.

Notons que la vie d'un produit pharmaceutique après la recherche de son principe actif et son développement, jusqu'à son autorisation de mise sur le marché, est divisée en deux parties. On procède d'abord à une expérimentation préclinique sur des cellules et/ou animaux, puis à des essais cliniques, qui eux se divisent en trois phases. Les deux premières phases, qui furent interdites aux femmes dans les années 1970, sont l'essai clinique chez le volontaire sain pour déceler les risques que comporte le produit, et l'essai clinique sur un petit nombre de patients consentants pour commencer à évaluer l'effet bénéfique du produit, ses risques, et sa posologie. La dernière phase est l'essai clinique sur un grand nombre de patients consentants, elle permet de mesurer l'efficacité du médicament. Ce sont donc toutes les phases « à risque » dont ont été exclues les femmes. Pourtant il y a un problème logique dans cette décision : on a pu voir que certains médicaments avaient des effets néfastes pour les femmes, on a donc voulu les protéger en empêchant les essais cliniques sur elles. Mais alors on prend en même temps la décision de vendre aux personnes de sexe féminin des produits qui n'ont pas été testés sur elles précisément parce qu'on sait qu'ils pourraient leur être néfastes ! Une décision plus judicieuse aurait par exemple été d'alourdir les processus d'essais pré-cliniques pour protéger les testeuses, et de raffermir les conditions d'octroi des autorisations de mise sur le marché.

L'interdiction a été levée en 1993, mais le retard accumulé en matière de connaissance de la physiologie féminine est considérable. En effet il y a encore quelques années, la recherche estimait qu'hommes et femmes étaient identiques, sauf pour leurs fonctions reproductives ; on concevait alors les médicaments sur la physiologie masculine puis on extrapolait les résultats à la population féminine, considérée comme des hommes de petite taille. Entre 1997 et 2001, sur les dix médicaments retirés du marché par les Etats Unis d'Amérique, huit l'ont été à cause d'effets secondaires beaucoup plus nombreux chez les femmes que chez les hommes.

Sastre termine : « Sauf s'ils ont affaire à un trouble touchant les fonctions reproductives, les médecins traitent le plus souvent leurs patients [...] comme [s'ils] appartenaient à un seul et même sexe : le masculin. »

S'il y a une explication concrète pratique à la négation de la singularité sexuée des physiologies, celle-ci a tout de même des conséquences médicales politico-sociales importantes : les personnes de sexe féminin sont moins bien soignées que celles de sexe masculin, puisque chaque produit pharmaceutique a été conçu pour la physiologie mâle.

Ainsi, alors que l'on croyait faire de la médecine humaine, on a jusqu'à présent fait de la médecine des hommes, et l'on connaît encore très peu le corps féminin, non pas parce qu'il est mystérieux et incompréhensible, ce qui serait une fois de plus une projection de stéréotypes sociaux sur un fait biologique, mais parce que les chercheurs n'ont jusqu'à présent pas trouvé d'intérêt à accorder une attention particulière à la physiologie féminine. Mais avec les proportions grandissantes de personnes non masculines qui s'engagent de nos jours dans des études de médecine, les connaissances sur le corps féminin vont probablement progresser – d'ailleurs ce n'est que très récemment que des chercheuses ont démocratisé la représentation anatomique complète du clitoris, notamment.

Conclusion

Nous avons donc montré que ce qui se présente comme une vérité est en fait un discours humain sur une vérité, et que ce discours peut être pris dans un processus de véridiction qui vise à le présenter comme plus ou moins vrai et valable selon l'intérêt qu'il a pour la société qui engendre ledit processus. Dans une société dominée par le sexe masculin, cette hiérarchisation des discours se fait donc au profit du sexisme, pour maintenir l'ordre établi. Quand le pouvoir était à l'Eglise, par exemple, ce sont les textes remettant en question la grandeur de la Création, comme l'œuvre de Galilée remettant en cause le géocentrisme, qui furent reniés, au profit d'interprétations bien moins scientifiques mais qui contribuaient à conforter les exercices de domination en place.

L'argument de l'universalité de la science n'immunise donc pas les discours scientifiques contre la remise en question. Au contraire, il est important de ne pas fermer les yeux sur le contexte dans lequel un savoir s'est développé, pour pouvoir juger de sa pureté et donc éventuellement de son exactitude. Cette attitude critique est d'autant plus nécessaire à l'égard des discours médicaux, parce que l'énoncé étant normatif, le discours médical a une portée disciplinaire. Ainsi, lorsqu'un discours médical est largement diffusé, la population règle son comportement pour lui correspondre, et juge comme anormal tout comportement qui ne s'y plie pas – or du jugement d'anormalité au jugement de valeur il n'y a qu'un pas.

Justement, à travers trois exemples qui eurent et continuent d'avoir des retombées monumentales dans l'épistémologie de la médecine, nous avons montré que le domaine de la recherche médicale est fortement marqué par le sexisme. Icard s'est appuyé sur un discours faux pour statuer de la faiblesse physiologique, émotionnelle et cognitive des femmes, l'enseignement de la médecine reproductive s'est longtemps fait sur le mode de la dépréciation de la physiologie féminine et de la projection de comportements culturels stéréotypés et sexistes sur le fait biologique de la fécondation, et la physiologie féminine a toujours été considérée comme une variante instable et imparfaite de la norme masculine. On voit comment ces discours ont été créés dans un prisme culturel fondamentalement sexiste, en même temps qu'ils contribuaient à renforcer cet état de domination du féminin par le masculin.

Précisément, dans une culture à ce point vectrice d'inégalités entre les sexes, la médecine des organes sexuels tient une place toute particulière. C'est en effet là que se conçoivent les discours médicaux qui engendrent la normativité sexuelle. Nous allons étudier précisément les enjeux que comporte la gynécologie pour la société et pour les personnes de sexe féminin.

II) La spécificité de la gynécologie dans la société

Les organes sexuels ont pour fonction première et initiale la procréation. Mais si la gestation et l'accouchement se font dans le corps féminin, ce n'est pourtant pas complètement l'affaire des personnes de sexe féminin. En effet accoucher est un enjeu qui les dépasse. Il ne s'agit pas simplement du bonheur de mettre au monde un-e enfant, ou du fruit de sa vie sexuelle. L'accouchement est un enjeu pour la société toute entière puisqu'il constitue le ressort de sa survie démographique. Nous avons d'ailleurs montré les changements qu'a connus l'obstétrique en temps de guerre et de famine : aussitôt que la communauté a un besoin accru en individus, des décisions relatives à la procréation et à la naissance seront prises, quand bien même il s'agirait, dans des cas extrêmes, de découper de femmes vivantes. C'est la santé de la société qui se joue dans la chambre d'accouchement : la communauté a besoin, pour assurer sa puissance et sa survie, d'individus jeunes et en nombre suffisant (ou en nombre restreint, selon les cas, comme par exemple pour la Chine actuellement). Il en va également de la survie de l'humanité, puisque si les personnes de sexe féminin ne parviennent plus à accoucher correctement d'enfants en bonne santé, la pérennité de l'espèce sera mise en danger. Dès lors, le corps féminin n'est plus uniquement le corps d'une personne, il est l'origine du monde, la matrice, le lieu par lequel l'humanité toute entière vainc la mort ; il est le terrain d'application de décisions politiques, le champ de bataille. C'est toute ces responsabilités que porte la personne de sexe féminin.

S'ajoutent à cela la tradition de la filiation par primogéniture mâle et la croyance tenace que l'homme mettrait son petit dans le ventre de la mère, le spermatozoïde serait l'enfant en puissance et la femme tiendrait alors le rôle de réceptacle et de couveuse de l'héritage paternel, d'où l'expression « porter l'enfant de son mari ». Les enjeux de la sexualité féminine deviennent alors beaucoup plus concrets et pesants : il faut pouvoir s'assurer que le nouveau-né soit l'enfant du père et non le fruit d'une relation sexuelle hors du couple, d'où l'intérêt du mariage, de la preuve de la virginité prémaritale, de la ceinture de chasteté, de la suture des lèvres, et de tout ce qui peut contrôler la sexualité féminine. L'intérêt est donc que celle-ci ne soit plus source de plaisir, mais un devoir à accomplir ; c'est alors un long procédé de diabolisation du plaisir sexuel, de négation, de jugement, de surveillance, d'enfermement des femmes qui s'installe, les mesures prises vont du discours moralisateur du type « on donnera le nom qu'on veut à cette partie très intime du corps [...] que personne n'a le droit de toucher ¹ », à l'excision pour empêcher tout plaisir de survenir, en passant par le viol éducatif des jeunes filles pour leur apprendre à faire plaisir à leur mari. C'est l'honneur de l'homme et de sa descendance qui se joue dans le sexe des femmes, ainsi le viol de guerre constitue la première arme de destruction et de punition de l'ennemi. Il s'agit de violer une femme ou une fille pour qu'elle soit inapte à offrir une descendance pure à son mari, pour déshonorer sa famille – notons encore une fois comment le viol concerne visiblement tout le monde sauf la personne violée.

De plus on trouve, dans la croyance que si la naissance de l'enfant constitue un enjeu aussi vaste que nous l'avons montré et qu'il ne concerne la mère que de manière anecdotique, une justification à la règle de l'accouchement dans la douleur et aux actes chirurgicaux non consentis sur les personnes parturientes : en effet « il faut bien que l'enfant sorte ».

On voit donc comment la gynécologie et en particulier l'obstétrique prennent une place particulière et primordiale dans la société, place qui peut être à l'origine des pires barbaries.

¹ *Quand ça va, quand ça va pas, Leur corps expliqué aux enfants (et aux parents !)*, Michel Cymès et Laure Monloubou, Clochette Eds

1. *Ambigüité de la gynécologie*

La gynécologie a fait depuis ses débuts l'objet de nombreux débats, entre laboratoire du féminisme et antichambre des pires barbaries. Dans une société organisée autour d'une hiérarchisation sexuée des individus, société dans laquelle la domination masculine est fondée sur l'idée d'une supériorité sexuelle des hommes sur les femmes, on comprend aisément l'importance qu'a l'étude du sexe des femmes. C'est la discipline qui peut conforter l'ordre établi ou renverser ses fondements, selon la direction qu'elle prend.

a. Un terrain de libération des femmes

Pour commencer la gynécologie est la médecine spécialisée dans les organes sexuels féminin. Elle est donc la discipline chargée notamment de soigner les pathologies touchant à la vulve et à l'ensemble des organes reproducteurs internes (ovaires, trompes utérines, utérus, vagin). Parmi ces pathologies, les maladies vénériennes, ou sexuellement transmissibles, souvent interprétées comme une réflexion de la valeur morale de la femme sur son corps, ou comme une punition pour un comportement jugé trop léger. On se souvient de la dernière lettre des *Liaisons dangereuses* de Choderlos de Laclos, dans laquelle Madame de Volanges rapporte le propos d'un marquis à l'égard de la marquise de Merteuil dont le visage est rongé par la petite vérole : « son âme était sur sa figure. Malheureusement tout le monde trouva que l'expression était juste ». La maladie vénérienne interviendrait donc comme un commandeur sur le corps de la femme, elle ferait justice à la morale. Or justement la gynécologie est l'attention portée au soin et à l'effacement de ces maladies : la personne porteuse de la pathologie peut être soignée, dès lors la maladie n'a plus l'envergure d'une condamnation.

En outre, et de manière plus évidente, la gynécologie est la discipline par laquelle sont passés les combats pour l'autorisation la contraception et de l'avortement. Il s'agit là de séparer l'activité sexuelle de la procréation, de manière à ce que les personnes de sexe féminin puissent elles aussi connaître une sexualité dirigée uniquement vers le plaisir, sans le souci de la maternité, qui implique d'office soit de passer sa vie avec son partenaire sexuel pour fonder une famille, soit d'élever un enfant seule. La contraception a permis de libérer la sexualité des personnes de sexe féminin en leur donnant accès à l'insouciance, de même que l'autorisation de l'avortement leur a donné le pouvoir de choisir leur grossesse et de ne plus être soumises à l'aléa de la procréation.

Dans un système de domination fondée sur une caractéristique qui diffère entre les individus des catégories opposées, Pour le dire autrement, dans une société fondée sur la séparation et la hiérarchisation de catégories d'individus, c'est logiquement l'étude de cette caractéristique et les décisions prises à son égard qui seront décisives en matière d'égalité. Donc dans une société qui prend pour critère de hiérarchisation le sexe des personnes –autrement dit dans une société sexiste–, la libération du parti dominé passe nécessairement par l'étude de son sexe et par les avancées sur ce qui relève de sa sexualité. Or justement, l'accès à la contraception et l'autorisation de l'avortement furent deux des plus grandes luttes féministes, et elles entraient dans le domaine de la gynécologie.

b. Mais également un organe de discipline

Mais si l'avancée vers l'égalité se fait en passant par l'étude de la caractéristique dissemblable érigée en critère de hiérarchisation, c'est bien parce qu'elle a dans un premier temps été érigée en critère de hiérarchie. Or pour consolider cette décision de classement des individus en fonction d'une caractéristique, cette-dernière ne doit pas avoir l'air d'être un choix arbitraire : le parti dominant a donc besoin de produire des discours qui justifieront la hiérarchie. Justement, dans le cas de la société fondée sur la séparation des sexes et la soumission du féminin au masculin, la gynécologie s'est érigée en discours normatif et restrictif sur la sexualité féminine. Elle devient alors non seulement un vecteur

de discipline, mais également un organe de pouvoir et de contrôle sur les personnes de sexe féminin, par l'Etat et les professionnel-le-s de santé. Nous montrerons précisément dans la suite de notre recherche les manières dont se traduisent dans la gynécologie actuelle ce poids du sexisme et cette volonté de tenir le sexe féminin en soumission.

2. Les problèmes gynécologiques deviennent des problèmes sociétaux

Nous l'avons montré, la sexualité féminine comporte un enjeu qui dépasse l'individu, puisque la société fait peser sur elle la responsabilité de sa survie et de celle de l'espèce humaine. Il est donc nécessaire pour la santé de l'ordre établi de la maîtriser. La médecine étant un organe de discipline privilégié, la gynécologie devient un forum de débats sociétaux et politiques.

a. La contraception

L'accès à la contraception fit l'objet de nombreux débats dans l'histoire française, et elle continue de faire l'objet de considérations idéologiques et politiques.

En 1920 par exemple, suite au vide démographique causé par la Première Guerre mondiale, l'Etat mène une politique nataliste et incite les couples à redensifier la société, mais il cherche aussi à empêcher les femmes de ne pas concevoir d'enfants, en réprimant les méthodes contraceptives et en interdisant la « propagande ». En 1939, une prime à la première naissance est mise en place. Puis la pilule contraceptive est conçue en 1955 aux Etats Unis d'Amérique ; l'année qui suit, la Maternité heureuse, futur Mouvement français pour le Planning Familial, est créée. C'est onze ans plus tard, le 28 décembre 1967, que la France autorise avec la loi Neuwirth la vente de produits contraceptifs, mais elle en encadre la publicité et réclame une autorisation pour les mineures de moins de 21 ans. Le problème fait tant débat que la loi ne sera appliquée qu'au bout de cinq ans. Le groupe féministe très actif MLAC (mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception) est fondé en 1973, et c'est en 1974 que le projet de Simone Veil est voté, il s'agit de faire rembourser la pilule contraceptive et d'en proposer un accès libre et anonyme aux mineures.

Dès lors la pilule devient un symbole féministe : les femmes peuvent enfin avoir une sexualité hors-mariage. Les réformes politiques sur le sujet vont alors dans le sens de la protection des mineur-e-s, il s'agit de permettre à tout-e jeune personne de sexe féminin de ne pas risquer de grossesse non désirée. En 2001 les infirmier-e-s scolaires sont autorisé-e-s à délivrer la pilule dite du lendemain. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une pilule préventive, ni d'un avortement chimique puisque la fécondation et la nidation ne sont pas forcément actées au moment de la prise, d'ailleurs la grossesse n'est pas avérée, il s'agit d'une pilule prise dans le cas où il y aurait un risque de grossesse. L'année qui suit les pharmaciens ont l'obligation de la délivrer gratuitement aux mineur-e-s. Si l'on autorise depuis 2009 la délivrance de pilules contraceptives avec une ordonnance légèrement dépassée, l'idée récente de vendre la pilule sur présentation d'une ordonnance initiale sans qu'elle soit renouvelée a provoqué une levée de boucliers du corps médical.

En 2016 la conseillère régionale Front national Marion Maréchal Le Pen cherche à supprimer les subventions au Planning Familial Provence Alpes Côtes d'Azur. En 2017 le président récemment élu Donald Trump met fin au remboursement des contraceptifs : des milliers de femmes se font poser un dispositif intra-utérin la semaine qui précède la signature du décret, c'est alors le DIU qui est en passe de devenir un symbole féministe.

Si la contraception n'a plus la responsabilité démographique qu'elle a eue après-guerre, elle conserve son poids idéologique, la séparation entre les partis politiques qui la défendent et ceux qui cherchent à entraver son accès est très nette. Alors que depuis plusieurs décennies elle ne faisait plus réellement débat dans la sphère publique, elle pose toujours, et peut-être de plus en plus, problème aux partisans

d'idéologies conservatrices. Nous montrerons par la suite que les mouvements relatifs à la contraception et à l'avortement correspondent : il s'agit donc bien d'un problème de convictions morales, et non de raison médicale, c'est bien le statut de la sexualité féminine qui est mis en question dans ces débats, et pas la sécurité médicale.

Cependant, si la société a avancé vers la libération de la sexualité des personnes de sexe féminin et que l'accès à la pilule contraceptive a été un symbole fort et un progrès indéniable dans ce sens, il faut noter que le problème de la contraception est plus profond et subtil que le « simple » débat de son autorisation ou de son remboursement. En effet nous montrerons par la suite que la contraception fait l'objet d'une désinformation généralisée des usagèr-e-s par le corps médical, ce qui contribue activement au maintien des femmes dans une position de soumission aux standards sexistes.

b. L'avortement

En ce qui concerne l'avortement, le débat fut encore plus vif puisqu'il touche non seulement à la liberté des femmes de mener la vie qu'elles souhaitent, mais également à la conception morale que chacun se fait de la vie humaine. En effet il s'agit de réfléchir au commencement de la vie, à l'existence de l'âme, à la Création divine, et au poids que doivent avoir ces questions face à la vie d'une personne de sexe féminin. Pour de nombreuses personnes, le problème réside dans le fait que dès sa conception, l'amas de cellules qui deviendra potentiellement un enfant, possède une âme, ou est déjà marqué par le fait qu'il possèdera plus tard une âme. Il s'agirait d'une Créature en puissance, et lui ôter son potentiel de développement reviendrait à mettre fin à une vie humaine. De l'autre côté du débat, on se pose la question de la vie de la personne qui subit une grossesse non désirée. Si l'avortement met fin à une potentielle vie humaine, l'empêchement du choix de la personne enceinte met fin à l'existence qu'elle a choisi ou aurait pu choisir d'avoir. Dès lors que l'on empêche une personne de mettre un terme à sa grossesse, on met un terme à sa liberté, à son autonomie, à sa capacité de choisir sa vie. C'est alors un duel opposant l'importance de la survenue d'une vie humaine potentielle à celle de la liberté d'une personne, de ses rêves et de son existence. Dans une société dans laquelle le destin d'une femme est de tenir correctement son foyer, l'argument de son autonomie et de ses choix d'existence n'a évidemment pas beaucoup de poids. Mais dans la société actuelle, dans laquelle les personnes de sexe féminin ont un accès à la vie active, à la progression sociale et ainsi au choix de leur avenir, l'argument de l'autonomie de chacun-e prend une nouvelle dimension. Il s'agit de savoir si ces personnes de sexe féminin conservent ce droit ou le perdent dès qu'elles tombent enceintes.

En 1810, l'avortement est considéré comme un crime et la personne qui avorte comme son avorteu-r-se risque cinq ans d'emprisonnement. Après-guerre, dans la même dynamique que lors de l'interdiction de toute méthode contraceptive, l'avortement est de nouveau criminalisé, et en 1937 une brigade policière est dédiée à la traque des avorté-e-s et avorteu-r-se-s. Deux ans plus tard le code de la famille aggrave les peines encourues, et en 1942 l'avortement est défini comme crime contre l'Etat français, il est passible de peine de mort, d'ailleurs deux avorteu-r-se-s sont guillotinéés l'année suivante. Il s'agissait pour l'Etat de rendre à la France sa moralité, or la pratique de l'avortement déshonorait le pays. On voit bien ici, non seulement le seul argument de la conviction morale, mais également la manière dont l'Etat s'approprie le corps des femmes et en fait son étendard.

Après la guerre, les esprits s'ouvrent à la question, et l'avortement thérapeutique est autorisé en 1955, c'est-à-dire qu'une personne enceinte peut y recourir si la grossesse met sa vie en danger. Puis on ouvre une association nationale pour l'étude de l'avortement, et le député Peyret propose d'assouplir les conditions d'accès à l'avortement thérapeutique. En 1971 le débat sur l'avortement s'étend et intéresse l'opinion publique avec la publication du *Manifeste des 343 salopes*¹, dans lequel 343 personnalités connues annoncent avoir avorté ; il sera suivi deux ans plus tard du *Manifeste de 331 médecins* dans lequel des soignant-e-s déclarent avoir pratiqué des avortements. L'entreprise de normalisation et de dédramatisation de l'acte fonctionne et l'opinion publique tourne en faveur de

¹ Voir annexe II

l'avortement puisque quelques mois après la publication des *343 salopes*, 40 000 personnes de sexe féminin manifestent pour revendiquer ce droit. La justice avance plus rapidement que la loi, en effet un an plus tard une jeune femme est pour la première fois acquittée après un avortement, la fécondation était survenue lors d'un viol. Le 17 janvier 1975 la loi Veil autorisant l'interruption volontaire de grossesse est votée, puis reconduite définitivement cinq ans plus tard. L'argument principal des défenseur-s de l'avortement était la sécurité des personnes y ayant recours : puisque la pratique existait déjà, il valait mieux le faire de manière encadrée et sécurisée. La question de la revendication de la liberté de choix n'est pas encore abordée, Simone Veil n'en fait pas mention dans son discours à l'Assemblée.

Le pas est sauté quand l'avortement est remboursé, puis que le délit d'entrave à l'IVG est créé. La question du délai de l'IVG se pose alors : il passe de 10 à 12 semaines en 2001, et les mineur-e-s n'ont plus besoin d'autorisation parentale, il s'agit de nouveau d'entamer une démarche d'égalité d'accès à l'avortement ; on en facilite aussi l'accès en proposant l'avortement chimique chez les gynécologues et généralistes en dessous de 5 semaines.

En 2014 la condition de détresse est supprimée dans le texte : la loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes remplace les mots "en situation de détresse" de la loi Veil de 1975 par "qui ne souhaite pas poursuivre sa grossesse", c'est seulement à ce moment-là que la loi fait réellement acte du choix des personnes subissant une grossesse non désirée. Pourtant en 2017 Marine Le Pen, présidente du Front National, parle à plusieurs reprises « d'avortements de confort » dont elle souhaite annuler le remboursement ; elle supprime cette expression controversée de son vocabulaire et de son site internet durant la campagne présidentielle. Dans le même temps les campagnes et manifestations anti-avortement se multiplient en France ; outre-Atlantique le président Trump coupe les subventions aux cliniques de planning familial et à toutes les associations humanitaires nationales et mondiales qui font mention de l'avortement, et malgré le fait que ce-dernier figure parmi les droits constitutionnels, les Etats créent des lois périphériques permettant, sans interdire l'avortement, de le rendre impossible. En effet l'Etat fédéré d'Arkansas définit le statut de l'embryon avorté comme « membre de la famille décédée » et vote l'obligation d'une personne souhaitant avorter de recueillir l'autorisation du géniteur – en cas de viol ou de géniteur non impliqué la jurisprudence fera loi. De la même manière le Texas a signé le 15 août dernier la fin du remboursement des avortements par toute assurance maladie, privée ou publique, sauf si la personne enceinte encourt un danger mortel (le viol, l'inceste et la malformation du fœtus sont exclus de la définition de l'avortement d'urgence), de sorte que « *no Texan is required to pay for a procedure that ends the life of an unborn child*¹ » déclare sur son compte Twitter Greg Abbott, le gouverneur. Les personnes souhaitant mettre fin à une grossesse non désirée devront donc souscrire une assurance privée et spécialisée, surnommée « assurance viol ». Celle-ci n'est toujours pas créée à ce jour, les texanes qui souhaitent avorter n'ont donc pour l'instant aucun remboursement possible. Deux jours plus tard il signe l'acte HB 215 obligeant les professionnel-le-s pratiquant les avortements sur des personnes mineures à rendre compte de leur identité, des raisons, des autorisations et des circonstances de la fécondation et de l'IVG ; tout avortement avec complication devra également être suivi de la rédaction d'un rapport faisant état de l'âge, lieu de résidence, origine ethnique et statut marital de l'usagè-e. La moitié des Etats fédérés interdisent également le remboursement des avortements par l'assurance publique, dix d'entre eux l'interdisent aussi par les assurances privées, et deux seulement prennent en compte le viol et l'inceste comme des exceptions.

On voit bien comment, si lors de la lutte pour l'autorisation de l'avortement, l'argument des législateurices était celui de la sécurité sanitaire, à l'heure du retour des campagnes anti-choix, l'argument est purement moral, le politique lui-même parle de sa « foi en les valeurs du Texas » et « d'enfant non né ».

¹ « qu'aucun Texan ne doit payer pour une procédure qui mette fin à la vie d'un enfant non né ».

Aujourd'hui encore, alors que l'avortement est autorisé, remboursé, sans autorisation pour les mineur-e-s, qu'il est largement accepté par l'opinion publique, et que les « pro-life » – ou anti-choix selon le camp qui les désigne – échouent pour l'instant à revenir à l'interdiction de l'avortement, de nombreuses stratégies subsistent à toutes les échelles pour en compliquer et en faire un problème. Nous venons de voir la stratégie employée par les conservateurs étasuniens, en France à l'échelle nationale pour commencer, l'imposition du délai de réflexion infantilise les personnes souhaitant recourir à un avortement et contribue à l'urgence de certaines situations, puisque dans certains cas ce délai fait dépasser le nombre de semaines règlementaire autorisant l'avortement, obligeant les personnes souhaitant avorter soit à mener leur grossesse à terme, soit à avorter à l'étranger. De la même manière l'imposition de l'échographie culpabilise les personnes, d'ailleurs le Texas est allé jusqu'à voter en décembre 2016 l'obligation d'organiser des funérailles pour le produit de la grossesse avorté. De surcroît certain-e-s professionnel-le-s refusent de pratiquer l'avortement à certaines personnes en fonction de leur situation, les jugent et s'autorisent de nombreuses réflexions sur leur vie privée, les obligent à écouter les battements du cœur du fœtus, ou encore pratiquent le curetage à vif –il s'agit de cureter l'intérieur de l'utérus pour s'assurer que le produit de la grossesse soit bien expulsé, ce qui nécessite une anesthésie locale ou générale. Autant de mesures qui, sous prétexte de protéger les femmes d'un éventuel regret, sont en fait autant d'obstacles à leur démarche, des manières de les infantiliser en les « protégeant » contre leurs propres décisions, et de les culpabiliser voire de leur infliger une souffrance physique évitable pour que l'expérience soit si traumatisante qu'elles n'y aient plus recours. D'ailleurs il est souvent fait mention du traumatisme que constitue un avortement, les personnes interrogées dans les médias sont généralement des femmes hantées par le souvenir de leur enfant perdu, on en parle de « subir une IVG », d'un drame, or les personnes témoignant aux plannings familiaux racontent que leur IVG en elle-même fut plutôt vécue comme une délivrance puisqu'il s'agissait d'un choix, mais que le traumatisme était lié aux conditions de l'avortement. Mais alors que le corps des femmes est un enjeu public, leur laisser la possibilité de choisir d'être mères ou pas constitue un bouleversement considérable. Il faut alors un moyen pour continuer à contrôler l'avortement, tout en l'autorisant ; c'est là que l'intérêt du poids disciplinaire du discours intervient : on crée l'évidence d'un traumatisme des femmes qui auraient renoncé à leur destin, la maternité. Chez les personnes défendant le droit au choix, il demeure un débat sur l'existence systématique ou non d'un résidu traumatique à la suite d'une IVG. Simone Veil elle-même disait d'ailleurs qu' « aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement. Il suffit d'écouter les femmes. C'est toujours un drame ».

Pour recueillir des informations plus sûres et précises sur l'expérience de la gynécologie qu'ont les personnes de sexe féminin, et pour ne pas s'appropriier leur vécu, nous leur avons donné la parole. Nous avons en effet créé et distribué un questionnaire, que nous avons clos à 12014 réponses. Voici le témoignage d'une femme, qui illustre ce que risquent encore de traverser des personnes en France pour accéder à l'avortement :

« J'avais 27 ans et j'étais infiniment amoureuse. Je savais que je ne voulais pas d'enfant. Ou plus exactement, que je ne voulais pas être mère, pas être parent. Lui non plus. [...] Quand le bâtonnet imbibé d'urine s'est déclaré positif, panique à bord, un genre de 11 septembre à l'intérieur. Et puis, étrangement, un grand dégoût. Je ne m'aimais pas enceinte, je me sentais sale. Sale d'être dans cet état sans l'avoir décidé. [...]

*Le gynéco n'avait pas de rendez-vous tout de suite, et les jours d'attente m'ont semblé interminables. L'homme s'est avéré désagréable tout de suite. Paternaliste et moralisateur. « Mademoiselle, citez-moi tous les moyens de contraception que vous connaissez ! ». Tout d'un coup, j'ai eu 14 ans. **J'ai récité ma leçon comme à l'école**, sauf qu'à l'école, on n'a pas les fesses à l'air et les pattes écartées. Il m'écoutait égrainer ma liste en marchant les mains dans le dos autour du fauteuil. Je réalise, en écrivant ça, de l'ignominie de cette scène. Humiliant oui, mais je suis passée outre parce que je savais ce que je voulais, je voulais me débarrasser de cette grossesse au plus vite. Au moment où j'ai cité le préservatif, il m'a coupée net : « Non mademoiselle ! Le préservatif est une méthode de protection contre les MST! » A peine ai-je pu avancer un vague « Oui mais... » que je fut [sic] coupée net par un « Non, il n'est pas un*

moyen de contraception ! » ça commençait bien entre lui et moi. Mais c'était secondaire. Qu'il fasse son job !

Il m'a proposé une ivg médicamenteuse malgré le fait que j'étais probablement à 6 semaines. Sauf que voilà, ça n'a pas franchement marché.

Après le 2eme comprimé, j'ai saigné, comme prévu. J'ai eu un peu mal, mais moins que prévu. A l'écho de contrôle, une semaine plus tard, le gynéco m'annonce que l'œuf est bien mort, mais qu'il est toujours là, qu'il va falloir reprendre le 2eme comprimé parce qu'il faut expulser rapidement cet œuf mort qui pourrait vite s'infecter. J'étais agacée, **ça faisait 3 semaines que ça durait**, cette petite mascarade, il me tardait que ça se termine. J'ai repris le médicament, et j'ai saigné pas mal, plusieurs jours. Le jour du contrôle, je saignais toujours mais le gynéco m'annonce que mon utérus est enfin vide. Pourtant je n'avais rien vu sortir. « Dans le sang, ça peut passer inaperçu », me rassura-t-il.

Quel soulagement ! Lui aussi, je l'ai senti soulagé. Il devait même tellement l'être, qu'au moment où j'ai passé le seuil de sa porte pour sortir, il m'a envoyé une bonne tape sur la fesse. « Allez mademoiselle! C'est fini ! » Je me souviens avoir sursauté de surprise et être restée sonnée jusqu'à ma voiture, devant laquelle j'ai réalisé que mon gynéco venait de me coller une main au cul... Pas la main libidineuse, hésitante mais très sexualisée. Non, une main franche et spontanée, une main de pote, qui a claqué sur mon jean. **Une main... paternaliste. C'est le mot, une main qui me disait « allez ma grande, je t'ai sauvé la mise ce coup-ci, tu peux retourner jouer avec tes ptits camarades ! »** Et puis je n'ai rien dit, parce qu'après tout, il venait de m'enfiler une caméra dans le vagin, je n'étais plus à ça près. Incroyable de se dire une chose pareille non ? [...] je continuais à saigner, beaucoup. Les jours, les semaines passaient. On est partis en vacances, je saignais encore et je commençais à être vraiment fatiguée. Je suis retournée travailler ensuite, je saignais toujours. Un jour au boulot, j'ai eu d'un coup extrêmement mal mal au ventre. J'ai dû arrêter ce que j'étais en train de faire et filer aux wc, en me disant qu'ôter ma coupe menstruelle pour la remplacer par une serviette me soulagerait peut-être des crampes qui me pliaient deux. Je l'ai retirée et, machinalement, j'ai regardé à l'intérieur. Devinez-vous ce qui s'y trouvait ? Beh oui... un embryon gros comme mon pouce ! Un embryon qui n'avait en réalité jamais été expulsé, et à côté duquel le gynéco était complètement passé. **Terrifiée et désorientée**, incapable de savoir ce que je devais faire, j'ai hélé ma patronne et amie. Elle a jeté un coup d'œil dans ma coupe menstruelle et m'a dit « c'est un embryon ça ». J'ai demandé ce que je devais faire et elle m'a répondu « Que veux-tu en faire ? Jette-le dans la cuvette. » Je suis restée un moment à regarder cette petite chose, dans les wc assez glauques, le froc aux genoux, et puis je l'ai jeté dans les toilettes, **comme un clap final que j'avais tant attendu**, et je suis retournée travailler, chamboulée et en colère.

J'ai appelé ce gynéco de merde, entre la **Crainte** et l'énervement. **Il s'est moqué de moi**, de ce que j'avais vu et qui n'était probablement qu'un bête caillot de sang. Moi je sais ce que j'ai vu. Cette chose rose dans un petit sac translucide, ça ne s'appelle pas un caillot ! **Il n'a rien voulu entendre**, et il a raccroché. C'était finit [sic]. J'ai saigné encore plusieurs jours et puis ça s'est calmé.

J'étais épuisée par **cet avortement qui avait duré deux mois...**

Quand j'y repense, je suis tellement écoeurée. **D'autres diront « traumatisée », et je dirais « NON !! »** Point. Je n'ai jamais voulu de cette grossesse, et **je recommencerais demain s'il le fallait**. Ce qui est écoeurant, et qui aurait pu être traumatisant si je n'avais pas été quelqu'un de solide, c'est un gynéco qui te traite avec tant d'arrogance, qui vous tripote le cul, qui vous laisse saigner sans s'inquiéter, qui n'accorde aucun crédit à vos paroles et vous infantilise.

Le traumatisme, messieurs et dames les anti-choix de mes fesses, **ce n'est pas de jeter un embryon dans les toilettes, c'est de se faire voler son corps.**

Si aujourd'hui je suis militante bienveillante au Planning, c'est parce que je refuse que quiconque vole à nouveau mon corps ou celui de mes consœurs. »

On voit ici non seulement la posture moralisatrice, infantilisante et humiliante que se permet de prendre le gynécologue face à cette femme, mais également les erreurs qu'il commet : il procède à une IVG médicamenteuse malgré une grossesse trop avancée par rapport aux recommandations (après la cinquième semaine, on procède à une IVG par aspiration), puis ne voit pas l'embryon après la prise du troisième comprimé, et finit par ne pas croire l'usagère quand elle voit très clairement son embryon. Enfin, il cherche à prendre le dessus intellectuellement sur elle quand il la corrige en disant

que les préservatifs ne sont pas un moyen de contraception, pourtant le site de l'Organisation Mondiale de la Santé compte bien les préservatifs masculins et féminins parmi les méthodes contraceptives¹, qui « protège[nt] aussi contre les infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH ».

Face à ces situations, certaines organisations de santé s'interrogent sur leur pratique, Marie Mathieu a par exemple, dans le cadre de sa thèse de sociologie, observé le fonctionnement du centre de santé des femmes de Montréal. Les maîtres mots y sont « déprofessionnaliser, démedicaliser et déséxiser ». L'établissement ressemble à une maison de famille et personne n'y porte d'uniforme. La démarche d'avortement se fait en deux temps : une conversation à plusieurs – ou au moins en trinôme (la personne souhaitant avorter, une gynécologue et une travailleuse sociale) afin de rompre la dichotomie – pour s'informer et partager ses expériences. Après la discussion et le remplissage du formulaire médical, les personnes peuvent avorter l'après-midi même si elles le souhaitent. Elles peuvent être accompagnées, ne portent pas de tenue médicale, et on leur propose de voir le produit de grossesse, tout cela pour dédramatiser l'avortement et en faire un acte le plus banal possible. Au Québec le RU86, comprimé permettant l'avortement chimique, est interdit, alors qu'il est utilisé dans 56% des avortements en France. Cela fait l'objet d'une réflexion difficile pour les pro-choix, parce que d'un côté il contribue à l'isolation des femmes et à l'individualisation de l'IVG, mais de l'autre s'il est toujours interdit c'est à cause des lobbies anti-choix qui y voient au contraire une facilitation de l'accès à l'avortement.

On voit bien avec tous ces exemples que lorsque la politique entre dans le cabinet de gynécologie, l'argument moral se substitue à la réflexion médicale, et la question de la santé des femmes passe au second plan.

3. *Contrôle des femmes, colonisation des corps*

La gynécologie, alors qu'elle devient sur le papier un champ de libération des personnes de sexe féminin, dans la pratique que l'on en fait s'avère être un organe de contrôle de la sexualité féminine. Nous allons montrer comment la discipline médicale a marqué au fer rouge le corps féminin, sur lequel elle semble s'autoproclamer ambassadrice déléguée à la surveillance et à la restriction des libertés personnelles.

a. *L'anatomie féminine et son étymologie*

Attachons-nous à présent à étudier les noms des organes de l'anatomie féminine, et à comprendre ce qu'ils disent de la place du féminin. Tout d'abord, la membrane recouvrant l'entrée du vagin, dite hymen, sert de témoin de la virginité des femmes. Nous montrerons plus tard qu'il s'agit en fait d'un mythe qui ne correspond ni à la réalité anatomique de la vulve ni celle de la vie sexuelle, mais pour l'instant étudions-en simplement le nom. Hymen, c'est le nom d'un cri rituel poussé lors du mariage dans l'Antiquité, par glissement le terme est devenu synonyme de mariage (dans la littérature classique on parle d'hyménée). En nommant la membrane dont on attend qu'elle soit percée lors de la première pénétration vaginale par le terme qui désigne le mariage, on a imprimé l'idée que le premier rapport sexuel pénétratif (ou « perte de virginité », comme on aime l'appeler) serait synonyme de mariage, autrement dit on fait en sorte qu'il devienne évident que la membrane soit déchirée le jour du mariage, et donc que la femme conserve sa virginité jusqu'à cette date, on lie un fait anatomique à une attente sociale comme s'il s'agissait d'une évidence. On voit ici le poids disciplinaire que représente l'action de nommer les éléments, en particuliers lorsqu'il s'agit du corps.

De la même manière, un nerf va du pelvis au périnée où il se divise en trois terminaisons : l'une recouvre la majeure partie du clitoris (c'est le nerf dorsal du clitoris), l'autre innerve le sphincter de

¹ Voir le site de l'OMS, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/> [disponible en ligne le 15.09.2017]

l'urètre et le périnée antérieur (celui qui permet la constriction du vagin, c'est le nerf périméal), et la dernière innerve le sphincter de l'anus, la peau périanale et l'ensemble du muscle pubo-rectal (c'est le nerf rectal inférieur). Ce long nerf qui innerve l'ensemble de la vulve était anciennement appelé le nerf honteux. Il s'agissait clairement à la fois d'un témoignage du rapport à la sexualité de l'époque, et d'une volonté d'appeler à avoir honte de son propre sexe. Cette appellation portant une stigmatisation du sexe bien trop forte, elle a été remplacée relativement récemment par le nom de nerf pudendal. Nous nous sommes donc demandé pourquoi avoir choisi ce terme plutôt qu'un autre et quelle était sa signification. Après quelques recherches dans différents dictionnaires de latin, nous avons rapidement découvert que pudendal vient de *pudendus, a, um*, qui signifie « ce dont on doit rougir, ce qui est honteux, indigne, infâme, immonde ». Autrement dit on a simplement traduit le terme problématique en latin pour qu'il passe inaperçu, mais on a conservé sa signification. La marque de la honte reste donc bien imprimée sur notre sexe, qui demeure une « partie honteuse » comme on aimait à l'appeler XIX^{ème} siècle. D'ailleurs en 1908, Alfred Naquet déclarait « On ne dira plus, par exemple, les parties honteuses, car il ne saurait y avoir de parties honteuses dans l'être humain »¹. Pourtant il semblerait que le corps scientifique ne soit pas du même avis et demeure bien marqué par cet héritage féroce et sexiste : la vulve est bien honteuse mais il ne faut pas le dire, disons plutôt qu'elle est pudendale.

Un autre exemple, celui du clitoris, grand oublié de l'anatomie qui, s'il était déjà décrit par Hippocrate puis Colombo et Fallope dans la seconde moitié du XIV^{ème} siècle, ne sera découvert dans sa totalité qu'en 2009 par la gynécologue Odile Buisson, et il n'apparaîtra dans un manuel scolaire qu'à la rentrée 2017. L'origine de ce mot est trouble et fait l'objet de plusieurs théories. Pendant longtemps on a attribué cette appellation au nom d'une cité placée en haut d'une colline, signifiant donc quelque chose comme « le mont, la colline ». Mais on a découvert que cette ville n'était en fait pas placée sur les hauteurs, l'explication perd alors tout son sens. Jean-Victor Vernhes propose alors une étymologie différente en s'inspirant de Chantraine qui rapproche *kleitoris* de « *klein*, fermer », et « *kleis*, barre, verrou, clé, *clausis* en latin ». « Clitoris » serait donc lié à l'imagerie du verrou, de la clé, cela se confirme par des poèmes d'Aristophane qui pour décrire le sexe féminin emploie le vocabulaire de la porte d'entrée². La vulve serait donc une porte, certes, mais une porte fermée, verrouillée même, par le clitoris. Encore aujourd'hui il est commun de parler du sexe féminin comme d'un temple à protéger et respecter, comme si la relation sexuelle salissait le sexe féminin, le pillait. Tout dans le langage est fait pour que le lien soit établi spontanément et de manière évidente entre le sexe féminin et la honte, la pudeur, la fermeture, la souillure, et notamment la souillure promise par la pénétration du sexe masculin.

L'omniprésence du sexe masculin, justement, on la trouve dans l'étymologie du mot « vagin ». « *Vagina, ae* » en effet signifie en latin le fourreau du glaive, ce qui sert à porter et protéger l'arme du soldat. On comprend vite qu'en l'occurrence, le glaive fait référence au pénis, qui lui vient de « *penis, is* », qui signifie la queue d'un animal. Mais alors, si le pénis est nommé simplement en fonction de sa forme anatomique (puisque en effet il a la forme d'une queue à l'avant du corps), le vagin, lui, est nommé à partir de sa fonction, fonction qui est pensée comme dépendante du sexe masculin. Autrement dit, si d'après les appellations le pénis existe pour lui-même, le vagin, lui, existe pour accueillir la verge. Le sexe féminin n'a donc pas d'existence propre, il n'est là que pour enserrer le sexe masculin, c'est sa seule fonction et sa seule raison d'exister. Il n'est que secondaire, passif, en arrière-plan, il n'est que le fourreau dans lequel vient se glisser l'épée, défini uniquement par son rapport au sexe masculin. On voit bien ici comment le langage asservit le sexe féminin au pouvoir masculin : il réduit sa fonction à une dépendance, il le marque par la honte, des attentes sociales, l'imagerie du mystère et de la fermeture, comme s'il s'agissait d'un lieu maléfique à cacher à tout prix, à ne surtout pas toucher ni regarder. D'ailleurs il est placé à la verticale du tronc, ce qui le rend difficile à observer par la personne qui le porte. On en a tiré comme conséquences qu'il devait rester mystérieux et que

¹ *Vers l'union libre*, Alfred Naquet, 1908

² « Jean-Victor Vernhes défend une étymologie dissidente pour clitoris », 10.07.2014 <http://ch.hypotheses.org/976> [disponible en ligne le 15.09.2017]

s'y cachait probablement toutes sortes d'horreurs (on se souvient notamment du mythe du vagin denté). Aujourd'hui encore les mythes autour de la laideur et de la puanteur du sexe féminin se perpétuent, dignes héritiers et relais de l'injonction à avoir honte de sa vulve, on parle par exemple des menstruations comme d'un fléau, de la vulve comme d'une huître molle et malodorante de laquelle s'écoulent toutes sortes de fluides. Lorsqu'il n'est pas mystifié et caricaturé, le sexe féminin est tout simplement nié : on le décrit comme un trou, comme une absence de pénis, une béance qui causerait, malgré son néant, de nombreux inconforts.

Ainsi, le corps féminin se trouve colonisé par le pouvoir masculin qui y plante son drapeau sur le sexe des femmes en manipulant les discours de manière à faire passer pour évidentes et anatomiques des attentes sociales asservissantes. En effet l'étymologie de l'anatomie féminine témoigne du profond sexisme et des injonctions morales appliquées sur le corps des femmes.

b. Contraception, désinformation, et injonction de responsabilité

Ajoutons, pour information, que si la pilule contraceptive a constitué en France un symbole clé dans la libération sexuelle des personnes de sexe féminin et dans les luttes féministes en général, la non-reconnaissance actuelle de ses effets secondaires par le corps médical et scientifique mène les nouvelles féministes à se tourner, comme un symbole, vers d'autres contraceptions, nous le verrons plus précisément plus tard. D'ailleurs la création de la pilule par les chercheurs étasuniens dans la première moitié du XX^{ème} siècle retrace en fait une longue histoire de pratiques illégales, non-éthiques et profondément sexistes et racistes. Bethy Squires décrit, dans son article « The Racist and Sexist History of Keeping Birth Control Side Effects Secret », dans le journal en ligne [Broadly.vice](#) la manière dont l'équipe de chercheuses, notamment le gynécologue John Rock et le biologiste Gregory Pincus, ont procédé à des essais cliniques dans un pays qui, dans le contexte d'une politique nataliste, interdisait la contraception. Ils font d'abord passer leur produit test pour « une étude sur la fertilité », puis devant le nombre de femmes abandonnant le traitement à cause des effets secondaires, ils se tournent vers l'île de Porto Rico qui mène à ce moment-là une politique eugéniste, autorise l'avortement et stérilise même les femmes sans leur consentement par hystérectomie lors de ce qui était mystérieusement appelé « La Operacion ». Mais conscients des effets secondaires invalidants de leur pilule, ils cherchent une population qui ne pourrait pas abandonner les tests, qui soit totalement soumise et obligée d'ingurgiter le médicament. Leur panel sera donc constitué par les patientes d'un hôpital psychiatrique : elles doivent accepter le test ou seront expulsées de l'établissement. Les femmes prennent ainsi quotidiennement le comprimé sans savoir qu'il s'agit d'un contraceptif et subissent de nombreux tests et examens invasifs. Mais cela ne suffit pas, les chercheurs souhaitent évaluer la capacité des femmes à prendre correctement la contraception : ils proposent alors aux Porto Ricaines de prendre la pilule en les informant qu'il s'agit d'un contraceptif, mais en cachant le fait qu'il s'agit d'un essai clinique, et sans mentionner les effets secondaires déjà observés aux Etats-Unis et dans l'hôpital psychiatrique. 17% des femmes souffrent alors d'effets secondaires (diarrhée, nausée, migraines, douleurs à l'estomac et vomissements), et trois d'entre elles meurent. Les chercheurs ne pratiquent pas d'autopsie pour vérifier si la mort est liée à la prise de la pilule. Initialement, Pincus avait pensé à une contraception pour hommes, mais les effets secondaires tels que le rétrécissement des testicules avaient mené à la conclusion que « *women would tolerate side effects better than men, who demanded a better quality of life* ». La pilule contraceptive a donc bien été créée en connaissance de ses effets secondaires, et justement pour éviter aux hommes d'avoir à les subir.

Par ailleurs, et de manière plus concrète, le contrôle des personnes de sexe féminin et de leur sexualité passe aussi par la pratique actuelle de la gynécologie, et pas seulement par des vestiges de son histoire.

En effet, nous avons montré comment la gynécologie avait permis de libérer la sexualité féminine du poids de la maternité notamment grâce à la contraception, pourtant c'est désormais cette même contraception qui devient un organe de contrôle qui empêche que la liberté ne soit totale.

Parmi les 12 014 personnes qui ont répondu à notre enquête¹, 64,5% ont été à une consultation de gynécologie pour prendre une contraception, et 80,6% utilisent la pilule contraceptive. Mais si elles sont 47% à avoir demandé conseil à leur soignant-e et qu'iel leur a proposé plusieurs possibilités, 59% ne connaissent pas tous les moyens de contraception. Si seulement 0,4% des personnes ayant répondu ne connaissent pas la pilule, 83,1% ne connaissent pas la cape cervicale, 39,2% le diaphragme, 34,4% les méthodes d'auto-observation, 24,2% l'anneau vaginal, 21,4% le DIU progestatif et 18,1% le DIU au cuivre. A la question « de quels moyens de contraception li soignant-e vous a-t-il déjà parlé ? », 89,5% répondent la pilule, 62,9% le préservatif, 57,4% l'implant et le DIU au cuivre, 49,3% le DIU progestatif, et moins de 30% les autres moyens. On voit donc très clairement se dessiner la popularité de la pilule contraceptive. Pourtant il existe de nombreux autres moyens, qui demeurent très méconnus des personnes de sexe féminin et surtout dont les soignant-e-s parlent beaucoup moins. En effet si près de 90% des personnes ont discuté de la pilule, seulement 57,4% ont parlé de DIU notamment. Il est vrai que le DIU est très régulièrement refusé aux personnes n'ayant jamais eu d'enfants, dites nullipares, d'ailleurs parmi les 17% de personnes qui se sont vues refusée une contraception, nombre d'entre elles rapportent que li soignant-e leur a refusé un DIU en raison de leur âge ou du fait qu'elles n'aient jamais eu d'enfant.

Pourtant, le Code de la Santé Publique rappelle à l'article R4127-8 que « *Dans les limites fixées par la loi et **compte tenu des données acquises de la science**, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.*

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. », à l'article R4127-32 que « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et **fondés sur les données acquises de la science**, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.* », or précisément la porte-parole de la science, en matière de médecine, est la Haute Autorité de Santé, ou HAS, qui rédige régulièrement des recommandations – que l'on trouve en ligne gratuitement – fondées sur des études médicales et statistiques, recommandations que doivent donc lire et appliquer les professionnel-le-s de santé. Précisément, la HAS, dans sa dernière recommandation « Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) » de Juillet 2013 et mise à jour en Janvier 2015, il est bien dit que « Les DIU peuvent être proposés aux femmes, quelles que soient la parité et la gestité (femmes multipares ou nullipares/ nulligestes) ». Mais alors pourquoi tant de soignant-e-s refusent-iels les DIU ?

C'est parce qu'il fait l'objet de nombreux mythes qui continuent d'être répandus dans les pensées mais, et c'est plus grave encore, qui sont également entretenus par les professionnel-le-s de santé. Le premier mythe, c'est que le DIU rendrait stérile. Cette croyance est probablement due aux premiers essais qui furent peu concluants et qui purent irriter quelques utérus, mais cela fait bien longtemps qu'il n'y a pas eu de cas de stérilité due à la pose d'un DIU. Mais le mythe est entretenu et le petit objet est d'ailleurs plus connu sous le nom, trompeur, de stérilet. En revanche il est vrai qu'il faut être prudent-e en ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles puisque les bactéries peuvent remonter le long du fil du DIU jusqu'à l'intérieur de l'utérus, et provoquer des maladies plus graves que de simples IST. Mais il s'agit de prendre les mêmes précautions que contre les infections sexuellement transmissibles, autrement dit de porter un préservatif masculin ou féminin, ou de n'avoir de relations sexuelles qu'avec des personnes dont on est certain-e qu'elles prennent les mêmes précautions que soi et ne soient pas porteuses.

De nombreuses soignant-e-s disent également que le DIU au cuivre empêche les grossesses en irritant le tissu utérin, et que son action serait donc bloquée par la prise d'anti-inflammatoires. Cela est encore

¹ Voir annexe IV

faux : le cuivre a une action spermicide, il affaiblit donc les spermatozoïdes qui ne remontent pas les trompes de Fallope pour y rencontrer l'ovule.

De surcroît, il est parfois répété que le DIU serait abortif, qu'il détacherait l'embryon de l'endomètre après fécondation. Ce n'est pas le cas puisque les spermatozoïdes sont trop affaiblis pour rejoindre l'ovule, l'action contraceptive a donc lieu avant la fécondation.

Il est également dit que le DIU serait moins efficace que la pilule. Les deux moyens ont en fait une efficacité équivalente, soit d'environ 99%, mais le DIU a un taux moins élevé de grossesses accidentelles à l'année. En fait, s'il y a de nombreuses erreurs de prise de pilule (oubli, mauvaise dose, retard...), ce problème est effacé avec le DIU puisqu'une fois posé, il est en place pour 5 à 10 ans, il n'y a donc aucun risque d'oubli, à moins qu'il ne tombe, ce qui est relativement rare après les trois premiers mois durant lesquels il faut en vérifier de temps à autres la présence, et se fait en général remarquer.

Pour en revenir aux maladies sexuellement transmissibles qui pourraient devenir graves si les bactéries remontaient jusqu'à l'utérus, on entretient la croyance que les jeunes femmes seraient plus susceptibles de les contracter que le reste de la population. En effet le Dr Quéreux, dans son article « Stérilet et nulliparité : des préjugés à la réalité » de 1998¹ cherche à expliquer que le DIU (qu'il nomme lui-même stérilet, malgré l'inexactitude de l'appellation) pouvait être posé sur des femmes sans enfants, mais il ajoute : « *Le risque infectieux est incontestable, mais il est moindre que celui annoncé dans les études anciennes, et l'on peut admettre qu'il est en moyenne deux à trois fois supérieur à celui d'une non-utilisatrice de stérilet. Ce risque n'est pas lié au DIU lui-même mais à d'autres paramètres, dont le comportement sexuel en particulier, intimement lié à l'âge. [...] C'est dans la tranche des moins de 25 ans que le risque est le plus important ; c'est aussi dans cette tranche d'âge que la proportion de nullipares est la plus importante. [...] Il est donc essentiel de "repérer" les femmes à risque élevé de développer une MST et de les exclure de la contraception par DIU. Les infections sur stérilet sont transmises sexuellement, mais le risque en est très faible dans les relations monogames : chez la nullipare célibataire ou mariée, fidèle à un conjoint lui-même fidèle, le risque infectieux est négligeable.* » Le rôle de soignant-e qui conseille une personne sur sa contraception devient alors d'évaluer le danger de sa vie sexuelle, or la dernière recommandation de la HAS, mise à jour en 2015, indique que « *Les DIU sont utilisables chez la femme ne présentant pas de contre-indications (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexplicables), après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae avant la pose notamment en cas d'IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples)* ». Autrement dit la jeunesse et la multiplicité des partenaires sont encore considérées comme « un risque infectieux » lors de la pose d'un DIU. Dans la pratique, le soignant-e qui doit repérer les risques et évaluer la dangerosité des comportements sexuels d'une personne lui refusera le DIU en raison de ses pratiques sexuelles. Mais de l'évaluation des dangers à l'évaluation de la responsabilité d'une personne, il n'y a qu'un pas, d'ailleurs à la question « Quelle contraception vous a été refusée et pourquoi ? », la majorité des réponses ressemblait à celles-ci : « demande une contraception à la première gynéco que j'ai vue, quand j'avais 14 ans, qui a refusé en disant que j'étais trop jeune pour avoir des rapports sexuels », « Pas mon gynéco actuel, mais la précédente avait refusé de me poser un diu car je n'avais pas de partenaire fixe. Elle était d'ailleurs un peu dans le jugement et me parlait des risques que j'encourrais alors que je lui assurai que je mettais toujours des préservatifs avec un nouveau partenaire tant que nous n'avions pas fait de dépistage. », « Un stérilet parce que je suis soi-disant trop jeune et que je n'ai pas d'enfant, et que ça pourrait me rendre stérile (je sais que c'est faux) », « Un stérilet car 'c'est vraiment pour les filles qui n'ont pas de tête et ne sont même pas capables de prendre une pilule tous les jours' ». quand nous avons proposé aux personnes de s'exprimer plus en longueur, certaines ont clairement raconté avoir subi des jugements moraux : « *avec une gynéco assez âgée, celle-ci m'a servi un discours moralisateur empreint*

¹ Ch Quéreux, « Stérilet et nulliparité : des préjugés à la réalité », La Lettre du Gynécologue, n°237, décembre 1998

de valeurs catholique genre : "vous les jeunes vous avez de multiples partenaires et après vous vous étonnez d'avoir des problèmes, mais le pape dans sa logique a raison, quand on n'a qu'un seul partenaire, pas besoin de mettre de préservatif" + aucun moyen de contraception n'est vraiment bien, ils sont tous dangereux et pas fiable, aucun conseil, aucune sélection sur le mode de contraception qui pourrait le mieux me convenir (que dois-je comprendre ? Je dois m'abstenir ou devenir mère ?). », « Lors de ma dernière consultation en août avec une sage-femme qui m'avait été recommandée, pour obtenir ma pilule, elle m'a fait un laïus moralisateur sur le fait que j'avais eu beaucoup trop de partenaires à son goût et que cela impliquait qu'elle me fasse un frottis (alors que je n'avais que 23 ans à l'époque et que cela ne se justifiait pas). Elle me demande de me mettre nue pour me peser et m'examiner, on continue à discuter. **Elle m'a menti** en me disant qu'avec autant de partenaires je mettais ma vie en danger. J'ai argumenté contre le frottis, en citant les recommandations sanitaires européennes et américaines qui ne mentionnent aucunement le nombre de partenaires. Elle me dit "si vous étiez avec le même mec depuis 10 ans et que vous étiez vierge quand vous l'avez connu, je ne dirais **rien mais là X partenaires, quand même !**". Elle m'a menacée de ne pas me donner ma pilule. Nue et fatiguée de me battre, j'ai accepté son frottis, qu'elle a effectué en toute brutalité (c'est important de punir les femmes libres). » On voit ici comment, non seulement certain-e-s professionnel-le-s de santé se permettent de juger ouvertement la valeur morale des usagèr-e-s, mais en plus comment ce jugement influence la santé et la sécurité de ceux-ci puisque ces jugements remplacent la réflexion médicale – cela est notamment flagrant lorsque l'usagèr-e présente les recommandations sanitaires européennes et que la sage-femme lui oppose comme seul argument « mais là X partenaires, quand même ! » – et mène à des frottis brutaux voire au refus de prescrire une contraception, donc au choix assumé de faire courir à un-e usagèr-e le risque d'une grossesse non désirée.

Pour éviter la contraction d'infections génitales sous DIU il suffit pourtant d'informer les usagèr-e-s des risques encourus, de les prévenir que si iels changent de partenaire iels doivent se protéger pour éviter à tout prix une infection qui pourrait devenir grave si iels portent un DIU ; n'importe qui est capable de réfléchir, face au risque de perdre ses organes reproducteurs, à sa volonté et à sa capacité ou non de se protéger à chaque rapport sexuel. De plus, les soignant-e-s refusant le DIU au prétexte de l'irresponsabilité présumée des jeunes usagèr-e-s prescrivent parfois à la place la pilule contraceptive. Remarquons l'absurdité de cette démarche : une personne est jugée trop irresponsable pour se protéger lors de rapports sexuels, elle devra donc penser à prendre un comprimé chaque jour à heure fixe. Il s'agit là de faire courir un risque de grossesse à une personne dont on sait ou suppose qu'elle est inapte à prendre la contraception qu'on lui prescrit. Et quand cette personne se présentera pour recourir à une IVG, elle subira les traitements que nous avons décrits précédemment à savoir jugement, leçon de morale, voire refus.

Pourtant, si la HAS préconise de prendre l'âge des usagèr-e-s comme critère, l'*International Planned Parenthood Federation*, en 2003 déjà, publiait une « Déclaration de l'IMAP sur les dispositifs intra-utérins » dans laquelle on pouvait lire : « *Le dispositif intra-utérin (DIU) est désormais utilisé par quelque 150 millions de femmes dans le monde entier et constitue la méthode contraceptive temporaire la moins coûteuse pour une utilisation à long terme. [...] Lorsqu'une femme qui a subi un examen préalable approprié présente peu de risques de contracter une IST et que le DIU est inséré en utilisant une technique correcte, le risque d'inflammation génitale haute ne dépasse guère 1 pour 1 000.*

Une telle infection apparaît le plus souvent dans les quatre semaines qui suivent la pose et on présume qu'elle est due à l'introduction de micro-organismes pendant l'intervention. [...]

Toutes les femmes qui envisagent d'utiliser un DIU doivent recevoir des conseils leur permettant de faire un choix libre et informé, reposant sur une parfaite connaissance des conditions d'utilisation. L'âge, la parité et le comportement sexuel (notamment les risques d'infection génitale haute) doivent être pris en compte. De même, il faut aborder les questions liées à la grossesse et au caractère acceptable et approprié d'autres méthodes contraceptives. » On voit bien la différence d'appréciation du risque infectieux. Par ailleurs il est clairement indiqué que la contraception doit faire l'objet d'une discussion au cours de laquelle li soignant-e conseille l'usagèr-e et lui fournit toutes les informations

nécessaires pour que celui-ci puisse faire un choix iel-même ; il ne s'agit pas de refuser de poser un DIU à une personne parce qu'on estime qu'elle est trop jeune et irresponsable. En effet il est souvent dit que la meilleure contraception est celle que l'on choisit. Notons qu'il n'est fait mention de l'âge qu'une seule fois dans le document de six pages, la seule occurrence du mot est dans la citation précédente : il doit faire partie de la discussion et est séparé du comportement sexuel, contrairement au document français dans lequel il est lié à l'âge presque comme s'ils étaient synonymes.

Il semble que le corps médical soit extrêmement précautionneux vis-à-vis du DIU – qui dans d'autres pays comme l'Angleterre, les Etats-Unis, ou les pays d'Europe du Nord sont utilisés à grande échelle, même en première contraception– et n'hésite pas à proférer nombre de mythes concernant des risques bien moins présents qu'on ne veut nous le faire croire. En revanche les professionnel-le-s de santé ont une tendance générale à nier les effets secondaires de la pilule, sur lesquels nous reviendront plus tard. Mais dans les faits, on préfère généralement mettre des hormones quotidiennement dans le corps pubère en plein développement d'une jeune personne de sexe féminin plutôt que de lui poser un DIU, au prétexte que son utérus serait trop petit ou qu'elle serait irresponsable. Or si l'on prend du recul et quand on sait que certain-e-s soignant-e-s, comme le Dr Marc Zaffran, ont posé des DIU sur des jeunes filles de 13 ans sans aucun problème et qu'il s'agit d'un moyen de contraception privilégié dans les pays à la population pauvre ou ayant un accès très difficile aux établissements de santé, il semble au moins aussi risqué de contrevenir à l'équilibre hormonal d'un corps en plein développement. D'ailleurs une personne de sexe féminin ayant pris la pilule dès sa jeunesse et pendant plusieurs années a un risque accru de développer un syndrome d'ovaires micropolykystiques. En effet, pour résumer, la pilule contraceptive délivre des hormones qui font croire au corps qu'il subit une grossesse, de sorte qu'il cesse d'ovuler (puisque les ovaires ne relâchent plus d'ovules dès qu'une grossesse survient, pour empêcher qu'une deuxième fécondation ait lieu pendant la gestation). Donc pendant toute la période de la prise de pilule, les follicules ne se développent plus en ovules. Mais quand la personne arrête de prendre la pilule, il se peut que les ovaires ne fassent plus mûrir ces follicules, ils en ont en quelque sorte perdu l'habitude. Ce phénomène est le syndrome d'ovaires micropolykystiques, cela se soigne par un traitement hormonal et n'est en principe pas grave, mais il mène tout de même à une stérilité temporaire.

Mais alors, si la pilule comporte elle aussi des risques – n'oublions pas l'affaire des pilules de troisième génération, le risque pour les personnes fumeuses, et les nombreux effets secondaires sur lesquels nous reviendront – pourquoi a-t-elle autant de succès face au DIU ?

La thèse la plus souvent avancée est celle de l'habitude, de la tradition. Mais nous estimons que ce ne peut être une raison suffisante, puisque le Code de la Santé Publique lui-même dispose que la pratique médicale doit être « fondée sur les données acquises de la science » – or les données que nous avons avancées sont des faits scientifiques qui, s'ils sont connus de certains soignant-e-s devraient l'être de tous – et l'habitude n'a jamais été une raison valable pour enfreindre la loi.

Notre thèse est que si le DIU est si mal vu par rapport à la pilule, c'est parce qu'il autorise l'insouciance. En effet si l'on prend la pilule, on est obligé-e de prendre un comprimé tous les jours à heure fixe, donc d'avoir le souci de sa sexualité et du risque de maternité à l'esprit à tout moment. On est également obligé-e de retourner chez li soignant-e pour faire une ordonnance très régulièrement, tous les trois mois en général (même si l'on a le droit de réclamer une ordonnance d'un an les professionnel-les préfèrent souvent ne délivrer des ordonnances que de trimestrielles). D'ailleurs quand un-e soignant-e refuse un DIU à une jeune personne sous prétexte qu'elle est irresponsable, et lui prescrit une pilule à la place – ce qui constitue une faute voire un refus de soin s'iel refuse toute prescription –, iel punit cette personne et prescrit la pilule comme un mode d'éducation (« tu as une sexualité insouciance et débridée ? désormais tu devras te soucier chaque jour de ta santé au risque de tomber enceinte »), quitte à lui faire courir le risque d'une grossesse non désirée. La prescription trimestrielle est d'ailleurs un moyen de garder les personnes de sexe féminin sous contrôle, en les obligeant à consulter régulièrement, en les soumettant à un interrogatoire préliminaire (série de questions sur l'état de santé général, le mode de vie, parfois les pratiques sexuelles), et parfois à des examens invasifs (toucher vaginal, palpation de la poitrine). Le DIU au contraire, une fois qu'il est posé

et après la vérification par échographie un à trois mois plus tard, autorise à l'insouciance et à la liberté pendant 5 à 10 ans.

Ce sont en fait des mensonges, et pas simplement des erreurs, qui sont répandus voire organisés sur la contraception, pour forcer à une sexualité soucieuse, responsable et contrôlée des personnes de sexe féminin. La propagation mensongère de ces mythes mène à des contradictions absurdes et dangereuses, des prises de position qui n'ont pas lieu d'être, des refus de soin et une discrimination interdits.

c. Pathologisation et contrôle

Nous avons évoqué l'utilisation de la prescription trimestrielle pour mettre en place une surveillance des personnes de sexe féminin : chaque consultation est l'occasion de procéder à un interrogatoire et parfois à des examens invasifs, alors qu'ils sont médicalement inutiles.

Là encore on nous répondra qu'il s'agit plus d'une habitude des soignant-e-s, qui ont été habitués dès leur formation à prendre plus de précautions que nécessaire afin d'éviter de ne pas déceler une maladie. Mais nous ne pouvons nous satisfaire de cette réponse, qui enferme les professionnel-le-s de santé dans une passivité voire une oisiveté que leur comportement ne traduit pas.

Commençons par décrire ce que nous appelons des examens abusifs. Lors d'une consultation gynécologique, la seule étape indispensable est celle de la discussion – parfois appelée interrogatoire – au cours de laquelle l'usagèr-e fait état des motifs de sa visite, de ses envies, de ses préoccupations. S'iel vient pour demander une contraception, une discussion doit suffire à conseiller la personne en fonction de son mode de vie, de son tempérament, de ses envies, de son passé médical.

Aucun examen médical (toucher vaginal, prélèvement, frottis, palpation de la poitrine) n'est nécessaire ni utile, sauf si l'usagèr-e le demande, s'iel fait état de symptômes préoccupants, s'iel souhaite faire un dépistage, ou pour poser un DIU.

Dans le cas où un examen serait mené, l'autorisation de la personne doit être demandée, en effet le Code de la Santé Publique dispose à l'article L 1111-4 que « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. [...] Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité ». Il est d'autant plus important de recueillir le consentement de l'usagèr-e avant de tels examens qu'ils sont invasifs et pratiqués sur des parties du corps qui sont, de fait, généralement vécues comme intimes. Il s'agit de pénétrer le vagin d'une personne avec un speculum ou des doigts, de palper sa poitrine, ce qui peut être vécu comme profondément traumatisant si la personne en question n'a pas été prévenue ou si elle n'a pas donné son consentement, même si l'acte n'a aucune connotation sexuelle pour li professionnel-le de santé. Rappelons que le Code Pénal définit à l'article 222-23 « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise » comme viol, autrement dit un toucher vaginal non consenti, même dans le contexte d'une consultation médicale, pourrait être non seulement vécu, mais également défini aux yeux de la loi comme un viol. Pourtant, demander l'autorisation d'une personne avant de la toucher dans un contexte médical, même lorsqu'il s'agit d'introduire deux doigts dans son vagin, n'est pas une pratique très répandue. En effet dans notre enquête, à la question « Li soignant-e demandet-iel explicitement votre autorisation / votre avis avant un toucher vaginal et/ou une palpation des seins ? », 43% des personnes ont répondu « Non », et 20% « Parfois ».

Mais même lorsqu'ils sont consentis, ces examens sont bien souvent inutiles. En effet, comme nous l'avons dit, la prescription d'une contraception ne nécessite pas d'examen clinique, pourtant il est très commun qu'un-e professionnel-le de santé demande à procède à un toucher vaginal et à une palpation

de la poitrine avant de rédiger une ordonnance. En effet 26,7%, soit plus d'un quart des personnes qui ont répondu à l'enquête déclarent qu'un-e soignant-e leur a déjà fait comprendre qu'il fallait leur faire un toucher vaginal pour leur prescrire une pilule contraceptive, et 15,5% déclarent qu'un-e soignant-e leur a déjà fait comprendre qu'il fallait leur faire une palpation de la poitrine. C'est par exemple le cas de cette personne, qui témoigne : « *J'ai eu un premier soignant gynécologue. Il m'a tutoyée, chose qu'aucun autre médecin n'a plus fait depuis que je suis adulte. Il ne m'a pas du tout informée pour me laisser choisir ; il m'a prescrit la pilule comme si c'était la seule option. Il a procédé à un toucher qui m'a paru 1/inutile et 2/douloureux. Lorsque j'ai voulu avoir un DIU en cuivre, j'ai décidé d'aller vers une sage-femme. Celle-ci a toujours été à l'écoute et pédagogue sans m'infantiliser. A chacun de ses examens elle me demandait l'autorisation et m'expliquait ce qu'elle faisait. Cela m'a changé la vie.* » De surcroît, 52% des personnes interrogées pensent que ces examens sont obligatoires à chaque consultation, et 26% ont déjà eu l'impression qu'ils étaient obligatoires. 53,4% des personnes déclarent subir un toucher vaginal à chaque consultation contre 28,1% qui n'en subissent un que s'ils présentent des symptômes préoccupants ou se font poser un DIU. Enfin, à la question « Selon vous, toute consultation gynécologique comprend : », 83,1% des personnes répondent « un interrogatoire », 50,7% une palpation de la poitrine, 48,3% un toucher vaginal, et 23,9% un frottis, pourtant parmi toutes ces propositions, seul l'interrogatoire, ou plutôt la discussion, fait partie de toute consultation. On voit bien qu'il est très commun de procéder à des examens qui sont pourtant médicalement inutiles et non-nécessaires, et la pratique est si répandue que la moitié des usagèr-e-s pense qu'ils sont normaux, même s'ils n'en voient pas forcément l'utilité.

De la même manière, si les stratégies nationales de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein sont très claires, elles sont peu respectées dans la pratique.

En effet l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déclare en 2017¹ que « *Les infections à VPH à haut risque sont très fréquentes chez les femmes jeunes, mais la plupart de ces infections sont transitoires : elles sont éliminées spontanément par le corps de la femme. Seul un très faible pourcentage de l'ensemble des infections à VPH qui persistent pendant de nombreuses années seront responsables du développement d'un cancer invasif. Le cancer du col se développe habituellement lentement, les lésions précancéreuses précoces prenant 10 à 20 ans pour évoluer en cancer invasif ; la survenue d'un cancer du col de l'utérus est donc rare avant l'âge de 30 ans. Réalisé chez des femmes trop jeunes, le dépistage détectera de nombreuses lésions qui n'évolueront jamais vers un cancer, ce qui conduira à de très nombreux cas de surtraitement, avec en conséquence un mauvais rapport coût-efficacité. Le dépistage des anomalies du col de l'utérus ne doit donc pas commencer avant l'âge de 30 ans. Même s'il n'est réalisé qu'une seule fois, le dépistage chez les femmes âgées de 30 à 49 ans permet de diminuer le nombre de décès par cancer du col.*

Chez les femmes pour lesquelles le dépistage par IVA ou par cytologie s'avère négatif, le délai pour faire un nouveau dépistage doit être de trois à cinq ans. Chez les femmes pour lesquelles le dépistage par test VPH s'avère négatif, le délai pour faire un nouveau dépistage doit être au minimum de cinq ans. Après un deuxième dépistage qui s'avère négatif, et aussi pour les femmes plus âgées, le délai pour faire un nouveau dépistage peut être élargi à plus de cinq ans. Les femmes qui ont été traitées pour des lésions précancéreuses doivent faire un nouveau dépistage de suivi après 12 mois. ».

La HAS, elle, n'a pas mis à jour sa recommandation² depuis juin 2013, et préconise un dépistage un peu plus strict : « *Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin est préconisé entre 25 et 65 ans chez les femmes éligibles pour ce dépistage, vaccinées ou non contre le papillomavirus. Le rythme des frottis cervico-utérins préconisé est de 3 ans après deux frottis normaux à un 1 an d'intervalle* ».

¹ « La lutte contre le cancer du col de l'utérus, Guide des pratiques essentielles » ; OMS ; Deuxième édition ; 2017

² « Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus ; Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) » ; HAS ; Juin 2013

De la même manière, en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, la HAS considère depuis 2015¹ que « *Les femmes éligibles sont âgées de 50 à 74 ans sans symptôme apparent, ni facteur de risque de cancer du sein. Les femmes sont invitées par courrier tous les 2 ans à faire le dépistage du cancer du sein (mammographie analogique ou numérique + examen clinique, complétés éventuellement par une échographie). [...] Le dépistage radiologique du cancer du sein des femmes âgées de moins de 50 ans (40 à 49 ans) n'est pas recommandé, étant donné qu'en l'état des connaissances en 2013, les risques associés au surdiagnostic sont supérieurs au bénéfice attendu en termes de mortalité. Cependant la HAS recommande un examen clinique mammaire annuel par le médecin généraliste ou le gynécologue à partir de l'âge de 25 ans* ». La palpation de la poitrine ne s'inscrit donc pas à proprement parler dans la stratégie de dépistage du cancer du sein, qui consiste en une mammographie tous les deux ans de 50 à 74 ans, mais elle est tout de même recommandée, sans plus de précisions justifiant statistiquement de l'utilité de cette pratique.

Pourtant, bien souvent les usagèr-e-s ne connaissent pas exactement ces recommandations officielles parce qu'ils n'en ont pas été informé-e-s par leur soignant-e, or l'information et l'éducation à la santé constituent un pan important de l'exercice du métier de ces-dernièr-e-s. De plus, nous l'avons montré, l'attitude la plus courante est généralement de procéder à un examen, même s'il n'a pas d'utilité avérée, « tant qu'on y est », autrement dit on profite de l'occasion de la présence de l'usagèr-e pour procéder à un toucher vaginal et à une palpation de sa poitrine pour s'assurer que tout va bien, de sorte qu'il peut y avoir confusion chez les usagèr-e-s entre un toucher vaginal, un frottis, un examen « de routine » et un dépistage. On préconise donc aux personnes de sexe féminin qui sont entrées dans la vie sexuelle de faire une visite annuelle chez un-e gynécologue, la possibilité du suivi gynécologique par les sages-femmes n'étant possible que depuis peu de temps, elle demeure encore peu connue -- en effet 77,8% des personnes interrogées consultent le plus souvent un-e gynécologue, et seulement 11,7% une sage-femme. Même s'il n'y a aucun signe pathologique, on conseille, parfois avec insistance, aux personnes de sexe féminin de consulter au moins une fois par an pour procéder à une vérification, un contrôle du bon fonctionnement des organes sexuels. C'est là qu'ont souvent lieu les examens inutiles – la palpation de la poitrine, notamment, n'a vraiment des chances d'être efficace que si elle est pratiquée très minutieusement, l'examen se fait alors dans plusieurs positions, sous des éclairages différents, et pendant une dizaine voire une quinzaine de minutes, or la palpation habituelle à laquelle procèdent généralement les soignant-e-s à chaque visite est faite rapidement, en quelques secondes, c'est bien la preuve qu'elle est inutile puisqu'on ne se soucie pas de son efficacité réelle –, d'ailleurs ces visites elles-mêmes, s'il n'y a aucun symptôme pathologique ni aucun besoin de contraception, sont inutiles. En effet on n'aurait pas idée de recommander à l'ensemble de la population adulte de consulter chaque année un-e généraliste, un-e otorhinolaryngologiste, un-e cardiologue, un-e pneumologue, et autres spécialistes de chaque organe du corps, sous prétexte qu'il faudrait en contrôler annuellement le bon fonctionnement : on suppose généralement que l'on se rend chez un-e soignant-e quand on en a besoin.

Alors pourquoi est-ce différent pour la gynécologie ? Les professionnel-le-s avancent généralement qu'il faut dire aux femmes de venir chaque année, puisqu'autrement elles ne viennent pas du tout parce ce qu'elles trouvent ces consultations désagréables. Nous leur répondons que le problème réside donc dans le fait que ces consultations sont si mal vécues que les personnes ne veulent plus revenir, et que le rôle des soignant-e-s n'est pas d'être responsables du comportement des personnes qu'ils soignent, mais d'aider ces personnes, si elles en ont besoin, à être responsables de leur propre santé. Cette habitude d'exiger des personnes de sexe féminin qu'ils consultent annuellement un-e gynécologue et subisse à chaque fois des examens médicalement inutiles est en fait due à une volonté de rendre pathologique le corps féminin. En prétendant qu'il est nécessaire de vérifier chaque année le bon fonctionnement des organes sexuels féminin, on perpétue l'idée que ceux-ci sont mystérieux, trop compliqués pour s'en occuper soi-même, faibles, problématiques, fondamentalement pathologiques, et qu'une personne de sexe féminin ne peut donc pas être insouciante ni surtout

¹ « Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé, Dépistage et prévention du cancer du sein » ; HAS ; Février 2015

indépendante vis-à-vis de sa santé sexuelle. Un exemple typique est celui du DIU : par souci de sécurité certains professionnel-le-s de santé interdisent parfois aux personnes auxquelles iels en posent un d'en toucher le fil, d'ailleurs de nombreuses personnes portant un DIU ne l'ont même pas vu et ne savent pas exactement à quoi il ressemble ; les soignant-e-s interdisent également aux personnes de retirer le DIU elles-mêmes s'il se déplace et commence à sortir. Pourtant, il s'agit simplement de tirer sur le fil, vers le bas : les professionnel-le-s ne font aucun geste de plus. Certaines personnes de sexe féminin se posent elles-mêmes leur DIU, c'est bien la preuve que chaque geste que l'on ferait soi-même sur son sexe ne constitue pas en soi un danger, il faut simplement se renseigner et agir de manière responsable. Certains gestes qui paraissent complexes, risqués, et réservés aux professionnel-le-s de santé sont en fait relativement simples, dans les pays où l'accès à la médecine est compliqué des kits d'auto-gynécologie peuvent d'ailleurs être distribués. Les personnes de sexe féminin frémissent souvent à l'idée de s'insérer un spéculum dans le vagin pour observer son col de l'utérus, parce qu'il s'agit symboliquement d'un objet médical, qui n'appartient pas aux « profanes », qui n'est pas destiné à ceux qui ne seraient pas des professionnel-le-s. Pourtant la pose d'un spéculum est excessivement simple et, à moins de le planter de toutes ses forces sur l'utérus ce qui est très peu probable, ne présente aucun danger. On voit bien comment les personnes de sexe féminin ont été dépossédées de leur corps, celui-ci s'est fait colonisé par la médecine à tel point que ceux à qui appartiennent ce corps, qui sont ce corps, n'osent plus le toucher ni le regarder.

On fait également croire à ces personnes qu'elles ne sont pas capables de se maintenir elles-mêmes en bonne santé, de vérifier si leur sexe est rouge, odorant, de détecter une sensation anormale. On fait du corps féminin un problème, de la sexualité féminine un danger pour la santé (on fait notamment croire qu'il faut consulter un-e spécialiste l'année de la « perte de virginité », nous en reparlerons plus avant dans la réflexion), et des personnes de sexe féminin des irresponsables. Il s'agit en fait de pathologiser, de débiliser le corps féminin pour s'en approprier le monopole de la santé, et ainsi pour en prendre le contrôle. La stratégie est la même que celle d'Icard, il s'agit de sexisme bienveillant : débiliser le corps féminin pour déresponsabiliser les femmes.

Nous pensons que ces examens abusifs sont à la fois la conséquence et l'organe de perpétuation de la pathologisation du corps féminin, ils permettent de surveiller les comportements sexuels des personnes de sexe féminin, de prendre le contrôle sur leur corps et de leur retirer à la fois la responsabilité et le pouvoir qu'elles ont dessus et leur insouciance vis-à-vis de la sexualité qui devient un problème médical. On fait du corps féminin un problème, surtout on en retire la connaissance aux personnes de sexe féminin. De la même manière que l'accouchement se faisait seule, puis avec des sages-femmes, puis avec des chirurgiens dans une volonté de retirer aux femmes le savoir et l'indépendance qu'elles avaient vis-à-vis de cette fonction de leur sexe, aujourd'hui on retire aux personnes de sexe féminin la connaissance de leur corps, la simple évidence d'avoir un sexe, on en fait un objet mystérieux qu'il ne faudrait pas toucher ni regarder, qui ne serait visible que par li professionnel-le de santé – d'ailleurs très peu de soignant-e-s proposent un miroir aux soigné-e-s afin qu'iels puissent comprendre le fonctionnement et l'anatomie de leur sexe.

En outre ce n'est que depuis très récemment qu'il est possible de faire son suivi chez une sage-femme, qu'iels peuvent poser et prescrire les contraceptions, délivrer les IVG médicamenteuses, et signer un arrêt de travail de quatre jours après ladite IVG. Le Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France (SYNGOF) a réagi en dénonçant la mesure dans un communiqué signé par son président¹, dans lequel il est soutenu qu'une IVG nécessitant quatre jours de repos est nécessairement pathologique et que ce serait faire courir un danger aux usagèr-e-s que d'autoriser des sages-femmes

¹ « Prescription des arrêts de travail post IVG par les sages-femmes : le Syngof dénonce les risques qu'un tel décret fait peser sur les femmes en entretenant la confusion sur leur suivi médical » ; Bertrand de ROCHAMBEAU, Président du SYNGOF ; 13.06.2016 ; <http://syngof.fr/communiqués-presse/prescription-des-arrets-de-travail-post-ivg-par-les-sages-femmes/>

à en avoir la responsabilité. Deux jours plus tard, la secrétaire générale du SYNGOF a dénoncé¹ la mise à disposition d'un arrêt de travail de plusieurs jours après une IVG, arguant que cela contreviendrait à l'égalité professionnelle entre les sexes – notons qu'elle semble oublier qu'il n'y a rien d'égalitaire à forcer une partie de la population à travailler après ou même pendant plusieurs jours de saignements intenses et épuisants. La corporation historiquement masculine s'est vue dépossédée d'un pouvoir au profit de l'organisation traditionnellement féminine des sages-femmes, or la médecine ne souhaite visiblement pas céder de terrain au savoir féminin et cherche à conserver le monopole du savoir et du contrôle sur les corps féminins.

En ce qui concerne les examens abusifs permettant un contrôle millimétré des femmes et de leur responsabilité, nous n'omettons pas que le motif économique entre probablement en compte dans cette pratique puisque les professionnel-le-s de santé sont payé-e-s à la consultation. Cependant nous maintenons qu'il s'agit d'une stratégie de pathologisation du corps féminin : débiliser le corps féminin, en faire un problème, une cavité sombre et mystérieuse propice aux maladies, pour le contrôler et empêcher les personnes de sexe féminin d'en avoir la connaissance, et donc d'accéder à l'insouciance et la liberté sexuelles, et surtout à l'indépendance vis-à-vis du contrôle médical. Le sexe féminin appartient à la médecine, on le rend difficile à observer (effectivement sa vue n'est pas spontanée ni évidente comme chez une personne de sexe masculin, mais poser un spéculum et utiliser un miroir n'est ni difficile ni compliqué, en effet il ne s'agit pas d'ouvrir des entrailles, il n'y a pas besoin de connaissances scientifiques, d'ailleurs certaines femmes le font elles-mêmes, notamment dans les cercles d'auto-gynécologie).

Notons d'ailleurs qu'en 2014, le Collège américain des Médecins a recommandé de ne plus pratiquer de touchers vaginaux sur des usagèr-e-s qui ne présentent pas de symptômes, parce que la balance bénéfices-risques de telles pratiques est négative : elle n'a effectivement aucun impact sur les taux de morbidité et de mortalité liés aux cancers des ovaires, mais favorisent la peur, la douleur, la gêne des usagèr-e-s qui présentent plus de risques de refuser de retourner à une consultation plus tard.

Pour finir, si d'un côté le corps médical pathologise la sexualité et le corps féminin, on médicalise la grossesse et l'accouchement, il a fréquemment tendance à décrier ce qu'il appelle la « bobologie », et méprise les personnes qui ne seraient pas responsables (nous l'avons vu notamment avec le refus de poser des DIU à de jeunes femmes au prétexte qu'elles seraient irresponsables). Il s'agit de ce que l'on appelle des injonctions contraires : c'est exactement le phénomène que nous avons remarqué durant notre stage d'observation au service de suites de couche du CHU ****. Nous avons en effet noté que les femmes dans le service sont considérées comme des patientes, même si elles ne présentent pas de pathologie. En effet elles subissent des examens et bénéficient de soins, et elles sont dans un milieu médical, mais pour autant elles ne sont pas toutes malades (certaines le sont, d'autres viennent simplement d'accoucher, sans complication particulière). On impose donc certains soins et examens aux mères, sans leur en demander l'autorisation (autorisation d'entrer dans la chambre, de regarder les mamelons, de vérifier l'utérus, les pertes, le périnée, d'examiner l'enfant...). Les femmes sont donc mises dans une situation de passivité (rappelons que le terme patient est de la même famille que passion, qui signifie à la fois la souffrance et le fait de subir, d'être passif), en même temps qu'on leur demande de prendre leurs responsabilités face à leur enfant (en effet lors de notre première journée, notre tutrice la sage-femme cadre Mme F**** nous avait proposé de travailler en particulier sur l'autonomie des femmes, puisque le sujet l'intéressait particulièrement et qu'elle en faisait une priorité dans son service). Or être un-e parent-e autonome, c'est choisir pour soi et pour son enfant. Dans ce contexte, les mères reçoivent des injonctions qui ne sont pas cohérentes entre elles : d'un côté elles doivent être passives dans le soin puisqu'on ne leur propose pas de choix, et de l'autre elles doivent être mères et décider pour leur enfant, ou plutôt elles devront décider pour leur

¹ « De la misogynie du Syndicat des Gynécologues et Obstétriciens de France » ; Marie-Hélène Lahaye ; 20.06.2016 ; <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2016/06/20/de-la-misogynie-du-syndicat-des-gynecologues-et-obstetriciens-de-france/>

enfant. Encore une fois, elles doivent être obéissantes dans l'établissement tout en se montrant prêtes à être autonomes dès qu'elles en seront sorties.

Mais lorsque l'on choisit pour une personne, on lui fait passer le message qu'elle n'est pas capable de choisir pour elle-même (l'autonomie est justement la faculté de choisir librement), comment peut-elle alors se penser capable de choisir pour son enfant ? L'autonomie de la personne au sein du service hospitalier est une première étape vers la confiance en soi, la parentalité, et la prise d'autonomie pour un retour serein au domicile.

Conclusion

Nous avons donc montré comment la volonté de contrôler, de maîtriser le corps et la sexualité féminins, se découvre non seulement dans l'épistémologie médicale – dont on aurait pu espérer qu'il ne s'agisse que de vestiges d'un sexisme passé s'il n'y avait pas eu cette décision de remplacer l'appellation du nerf honteux par celle de nerf pudenda, qui a exactement la même signification, décision qui témoigne de la volonté de conserver cet héritage –, mais également dans la pratique actuelle de la gynécologie, qui perpétue des pratiques sans utilité médicale fondée.

Rappelons que la HAS et l'OMS représentent la scientificité, le consensus scientifique, puisque chaque recommandation émise est fondée sur des études et qu'il en va de la santé publique. Cependant les professionnel-le-s de santé, qui sont sensés en être les relais, perpétuent des pratiques qui s'opposent à ces recommandations. Si les pratiques ne correspondent pas aux recommandations basées sur des études scientifiques, la posture de soignant-e qui les perpétue est donc non scientifique. On comprend alors que la pratique n'est précisément ni exclusivement fondée sur les « données acquises de la science », mais qu'elle est orientée par un ensemble d'habitudes, de croyances, de préjugés, d'influence culturelle, notamment en l'occurrence de sexisme.

Justement, l'une des conséquences du sexisme sur la gynécologie, c'est cette contradiction qui veut que l'on force les personnes de sexe féminin à subir de nombreux examens invasifs médicalement inutiles, mais que les taux d'errance diagnostique soient particulièrement élevés dans la population féminine. C'est précisément que nous allons étudier à présent.

III) Injonctions sexistes et conséquences directes sur la pratique

En effet s'il est largement exigé des personnes de sexe féminin qu'elles consultent très régulièrement un-e professionnel-le de la gynécologie, même en l'absence d'anomalies, il est relativement commun que ces mêmes personnes ne soient pas prises au sérieux lorsqu'elles décrivent des symptômes qui leur paraissent préoccupants. Si cela est paradoxal, les deux phénomènes sont en même temps liés par une origine commune : l'idée spontanée qu'une femme ment et, par extension, qu'elle n'est pas digne de confiance. Cette croyance s'inscrit dans une lignée de préjugés sexistes ancrés dans notre culture, qui mènent dans le domaine médical à des conséquences qui peuvent être extrêmement graves, que nous allons étudier en détail.

1. La femme ment et est émotive et irresponsable

Il s'agit de stéréotypes profondément ancrés dans notre culture : la femme mentirait, elle se plaindrait sans cesse, et serait futile. Ces préjugés misogynes, s'ils ne sont pas toujours exprimés ouvertement, sont bien enracinés dans les esprits et ne peuvent pas ne pas avoir de conséquences sur la pratique médicale qui consiste avant tout en une conversation avec la personne soignée pour déceler les éventuels problèmes à traiter. Ainsi, si l'un-e des interlocuteurice ne prend pas au sérieux la personne en face d'elle, c'est toute la consultation qui en pâtit.

a. La femme ment et pleure pour rien : préjugés sexistes

Pour commencer, l'un des premiers stéréotypes relatifs à la féminité est celui selon lequel la femme serait futile. En effet, historiquement, les femmes sont retenues au foyer et leur rôle n'est pas spontanément de trouver un emploi. Ainsi leur quotidien serait empli de banalités et de sujets de moindre importance par rapport aux conversations de leurs maris, qui eux ont l'occasion de sortir et donc d'aborder de nombreux sujets différents. De surcroît, alors que les femmes n'avaient pas le droit de travailler et dépendaient donc financièrement de leur mari, elles avaient tout intérêt à être le plus plaisantes possibles afin de trouver un époux qui soit assez riche, or un critère de séduction d'une femme était – et est toujours, parfois – la capacité à sourire, à être jolie, à ne pas avoir le dessus intellectuellement sur un homme, à avoir de la conversation mais pas trop. Il s'agissait donc de maintenir les femmes dans cette futilité qui menait à la fois les hommes à être séduits, et à dire d'elles que leurs préoccupations n'avaient pas grande valeur. Aujourd'hui encore il est relativement courant de rencontrer des personnes qui jugent qu'il suffit à une femme d'être jolie, c'est le fameux « sois belle et tais-toi ». Il est donc souvent préjugé qu'une femme, d'autant plus si elle a un physique harmonieux, est futile, un peu bête, enfantine, voire irresponsable.

De plus la femme est souvent représentée dans l'imaginaire de notre culture comme une personne perfide, menteuse, bavarde. En effet la majorité de la littérature disponible provient d'hommes qui écrivirent à propos de femmes, la culture est donc bâtie sur un seul point de vue porté sur les relations entre les deux genres. Il est souvent écrit que la femme est mystérieuse, incompréhensible, il s'agit à la fois d'un outil littéraire permettant de faire monter la tension dramatique en confrontant le héros à l'incertitude, et d'une volonté du pouvoir masculin de conserver la parole en n'accordant pas de place au propos féminin, comprendre une personne que l'on ne laisse pas s'exprimer s'avère alors, effectivement, être une tâche difficile et mystérieuse. Ajoutons à cela l'imagerie traditionnelle d'Eve la tentatrice, celle qui a cédé au Serpent et a convaincu Adam de faire de même, celle par qui est survenu le péché originel et la dérégulation de l'humanité. C'est donc une entreprise de destruction et de décrédibilisation de la parole féminine qui est en jeu depuis des siècles dans la société patriarcale : il s'agit de retirer la parole au parti dominé en la faisant passer pour indigne, inutile, futile, mensongère, pour le maintenir en soumission. La réaction spontanée commune est aujourd'hui de n'entendre qu'à moitié ce qu'une personne de sexe féminin a à dire, de considérer qu'elle ne parle que pour parler et que sa parole n'a pas grande valeur.

Il s'agit là d'une attitude bien connue et généralement adoptée par tout parti dominant sur la personne qu'il domine, cela est entre autres vrai en médecine. En effet Martin Winckler décrit, sur son blog, cette attitude commune chez les soignant-e-s qui consiste à ne pas croire tout ce que disent les usagèr-e-s¹. En tant que soignant, il témoigne de l'enseignement de la médecine en France et déclare : « En France (et c'est très spécifique de ce pays), l'un des messages « subliminaux » les plus transmis aux étudiants en faculté de médecine est : « Surtout, faut pas croire tout ce que disent les patients. » [...] si les symptômes évoqués par le patient entrent dans les cases, alors on peut le croire. S'ils n'y entrent pas (ou s'ils ne semblent pas appartenir au diagnostic auquel le médecin croit le plus) alors, il ne faut pas le croire. [...] cet apprentissage est subliminal, transmis par l'attitude, la contiguïté, l'émulation, et non dans les cours. C'est ce que les Anglo-Saxons nomment « the hidden curriculum » : l'enseignement par sous-entendus. »

Il s'agit donc bien d'une attitude structurellement présente dans la pratique médicale en général. Mais lorsque l'on est une personne de sexe féminin et que l'on est dans un contexte de consultation médicale, on se trouve souvent doublement lésé-e.

En effet le stéréotype misogyne le plus présent est celui selon lequel une femme serait douillette, pleurerait beaucoup, se plaindrait plus qu'un homme pour une souffrance inférieure. La conséquence directe de ce préjugé est que lorsqu'une personne de sexe féminin déclare souffrir, elle n'est souvent pas prise au sérieux. Le court témoignage de cette jeune femme l'illustre très bien : « il m'a fait mal pendant le frottis (ce qui ne m'était encore jamais arrivé) et s'est moqué en me traitant de "peureuse" ». Mais pourquoi ne pas prendre au sérieux la douleur des personnes de sexe féminin ? Cette croyance spontanée que la femme exagère provient entre autres du mythe hystérique : il s'agirait d'une maladie féminine, liée aux organes sexuels des femmes, qui rendrait ces-dernières folles, paralysées par une sexualité débordante et non-assouvie, emplies d'un désir théâtral de s'exhiber et de se faire remarquer. Aujourd'hui encore le terme hystérique est régulièrement employé pour insulter une femme colérique, on accuse alors son ire de n'être pas due à une conviction forte mais à une forme de folie, de désir d'être vue.

En faisant ainsi perdre sa valeur à la parole féminine, on ignore un discours pourtant porteur de vérité, ce qui peut mener à ignorer totalement des considérations primordiales lorsqu'elles sont, par exemple, relatives à la santé.

En effet si l'on étudie par exemple la question des méthodes contraceptives, on remarque que la pilule n'est qu'une méthode parmi de nombreuses autres, trop peu connues. Les autres possibilités telles que le DIU au cuivre ou hormonal, les méthodes d'auto-observation, la cape cervicale, l'anneau vaginal, le diaphragme, le préservatif féminin, le spermicide, ou la stérilisation connaissent étrangement peu de succès dans les cabinets médicaux, si bien que l'on se demanderait presque si elles ne nous sont pas cachées. Pourtant la pilule contraceptive est loin d'être parfaite. Il est vrai que les effets secondaires sont nombreux, mais le sujet ne semble pas avoir assez d'importance pour être abordé lors d'une première consultation gynécologique. En effet c'est très souvent la pilule qui est proposée comme seul moyen de contraception, et l'information sur les effets secondaires est très vague : certains s'en tiendront à dire qu'il ne faut pas fumer, d'autres parleront d'une éventuelle prise de poids, rien de grave ou d'inévitable. Pourtant ce sont des milliers de personnes de sexe féminin qui se plaignent de migraines, de sauts d'humeur, de baisse de libido, ce à quoi on leur répond généralement « c'est dans la tête », « vous êtes sûrement angoissée ».

¹ « Ne pas croire ce que disent les patient.e.s est une attitude antiscientifique et contraire à l'éthique. C'est aussi une posture de classe. » ; Martin Winckler, 19.06.2016 ; <https://ecoledessoignants.blogspot.fr/2016/06/ne-pas-croire-ce-que-disent-les.html>

b. Douleur et errance diagnostique

En effet de nombreuses personnes de sexe féminin témoignent de leur expérience de la gynécologie en faisant état de consultations durant lesquelles leur souffrance a été niée ou minimisée. Près d'un quart des personnes ayant répondu à notre enquête ont déclaré qu'elles ne se sentent généralement pas écoutées lors d'une consultation gynécologique, et 15% ne se sentent pas respectée. A titre d'exemples, voici quelques témoignages édifiants :

« *J'ai parlé de mes règles très douloureuses qui m'handicapent beaucoup le [le gynécologue] m'a juste dit de prendre du spasfon, que « c'est normal ». Lorsque j'ai parlé de mon souhait d'arrêter la pilule à cause des effets secondaires très néfastes pour moi, [il] a dit que j'exagérais et qu'il fallait en trouver une qui me convienne vraiment (j'ai changé 5 fois déjà – c'est lui qui me les a toutes prescrites).* »

« *Je me mets sur la table, et elle m'a fait extrêmement mal dès le début. Comme elle ne m'avait rien expliqué, la douleur me fait un peu paniquer car je ne sais pas ce qui se passe "en moi". **Je lui dis que j'ai très mal, chose à laquelle elle répond "bon, bah je fais quoi alors moi ?"**. Je suis désorienté par cette question alors que je suis en détresse, ignorant de ce qu'elle fait avec mon utérus tout en sachant que J'AI TRES MAL. N'étant pas du genre à abandonner si vite, j'acquiesce quand elle me demande si on réessaye dans la foulée. **Douleur plus vive encore.** Je me sens vraiment mal car au lieu de me rassurer et de me montrer de l'empathie, **elle me dit que je dois être un peu chochette**, et être très sensible à la douleur car elle ne fait JAMAIS mal à ses patientes. **J'internalise que je suis bizarre et que ma douleur n'est pas normale**, je voudrais prendre le temps de parler de ce qui vient de se passer mais elle est beaucoup plus sèche que lors de la première consultation. Bref, **c'est de ma faute** quoi. Le DIU est jeté à la poubelle, elle me fait payer la consultation, je sors dans la rue et **je me mets à beaucoup pleurer sans trop comprendre ce qu'il vient de se passer.** »*

« *Ma première gynécologue [...] plutôt douce et attentionnée, ne m'a jamais mise mal à l'aise ou eu de réflexion déplacée, m'a donné des explications très exhaustives sur les moyens de contraception, toujours pris du temps pour expliquer... mais toucher vaginal et palpation des seins à chaque visite, intégralement nue, frottis dès 18 ans, refus de poser un DIU... J'en ai changé après être allée la voir en me plaignant **de très fortes migraines, perte totale de libido, vertiges, déprime, importante prise de poids...** après un changement de pilule, et qu'elle m'ait répondu qu'elle **n'avait pas de raisons médicales de changer ma pilule** [on voit bien ici la réflexion par cases : si la description d'un symptôme ne rentre pas dans une case attendue, alors on considère que ce n'est pas important], mais que si je voulais changer, elle pouvait me prescrire ma pilule précédente... Que je supportais mal aussi [absurdité contre-productive, on voit bien que le raisonnement n'est pas fondé sur des considérations médicales]. Mais pas d'autres choix. Une seconde gynéco que j'ai vue deux fois, et qui à une consultation **m'a dit que mes douleurs dans la poitrine étaient « dans ma tête »**, à une autre (mêmes symptômes) que par rapport aux avantages de la pilule, **je n'avais pas à me plaindre**. Très sèche, TV et palpation des seins aux deux consultations, pas d'endroits pour se déshabiller donc mise à nue devant son bureau, très infantilisant et gênant. Je suis maintenant suivie par une généraliste avec un DU de gynécologie depuis deux ans. **Pas de TV si pas de problème** et palpation de la poitrine une fois par an (j'ai de nombreux antécédents de cancer du sein), pas besoin de se déshabiller, **très à l'écoute et tolérante, j'ai pu lui parler librement** de ma sexualité et de mon rapport à ma contraception, **et trouver une pilule que je supporte parfaitement bien.** » [on voit parfaitement le changement de la qualité des soins : il y a moins d'exams et pourtant, la personne est en meilleure santé puisqu'elle ne présente plus les symptômes initiaux, parce qu'elle a été écoutée].*

« *Une autre gynéco (ou plusieurs même), après les soucis avec la pilule de 3ème génération (qui a été ma première pilule) et que j'ai demandé à en changer parce que je me suis rendue compte qu'elle **ne me convenait pas** (j'ai mis 1an à avoir un cycle normal, perte de libido, mal aux jambes, mal à la tête, état dépressif, le tout pendant 4 ans...) : **la gynéco l'a très mal pris**, disant que les médias disaient n'importe quoi, **que j'étais manipulée et niait mon mal**. Elle a fini par me prescrire une autre pilule qui ne m'a du tout convenue mais je suis allé en voir une autre pour la changer. La 2ème a eu à peu près le même discours, **je ne suis pas allé voir de gynéco depuis** (c'était il y a 3-4 ans). » [l'usagère,*

parce qu'elle a vécu des expériences négatives et qu'elle n'a pas été écoutée, ne consulte plus, or si elle fait partie des populations éligibles aux dépistages, elle ne les fait donc plus et est poussée à prendre des risques pour sa santé.]

« *Je me suis tournée vers une jeune gynéco d'environ 35 ans pour changer de contraception suite à l'arrêt de la Diane 35 comme contraceptif. Elle m'a tout de suite poussé à utiliser le DIU hormonal, parce que c'était "nouveau", "plus pratique", etc... Je n'en voulais pas particulièrement mais comme j'avais tendance à oublier ma pilule, je me suis dit pourquoi pas. Le truc c'est que je suis très sensible hormonalement parlant, [...] (la gynéco ne m'a par ailleurs posé aucune question sur les contraceptifs que j'ai pu avoir avant de la rencontrer, et sur ceux qui ont fonctionné ou pas...). **J'ai donc développé un kyste ovarien**, je me suis fait opéré en urgence, et je souffre depuis du **syndrome ovarien polykystique** et le DIU a en plus de ça favorisé la croissance de **foyers d'adéniose et d'endométriase**... Donc plus d'oestrogène pour moi. J'ai changé de gynéco et ai opté pour un spécialiste de la question, un homme de 40/45 ans exerçant au CHU qui m'a trouvé le contraceptif qui me convenait le mieux (luthéran) suite à de très nombreux examens (IRM notamment).* »

On voit dans tous ces témoignages comment la parole des usagèr-e-s est dénigrée, ce qui permet aux soignant-e-s d'ignorer leur souffrance et de remettre en cause leur intégrité et leur validité psychique : elles seraient capricieuses et n'auraient pas de raison de se plaindre. Dans les cas décrits, il s'agit d'effets secondaires de contraception. En effet les contraceptions, notamment hormonales, entraînent de nombreuses conséquences bien souvent ignorées par les professionnel-le-s de santé lors de la prescription, et dénigrées lors de la description des symptômes problématiques par l'usagèr-e. Pourtant de très nombreuses personnes de sexe féminin sont victimes de ces effets secondaires qui peuvent être non seulement désagréables mais également envahissants et invalidants dans la vie quotidienne. En effet la pilule contraceptive peut par exemple faire grossir considérablement les usagèr-e-s de manière immaîtrisable, leur procurer des migraines récurrentes, faire baisser voire disparaître leur libido, et causer des troubles dépressifs. Une étude danoise de 2016¹ montre en effet que les personnes de sexe féminin prenant une contraception hormonale ont entre 1,2 et 2,2 fois plus de chances de prendre un anti-dépresseur et/ou de se faire diagnostiquer une dépression que les personnes de sexe féminin ne prenant pas de contraception hormonale.

Ainsi, le manque d'écoute et la négation de la parole des soigné-e-s sont contre-productifs, ils leur font prendre des risques inutiles, atteignent leur estime d'elles-mêmes voire leur font vivre de véritables traumatismes, et peuvent mener à de graves erreurs médicales qui auraient pu être évitées par une conversation de qualité.

La première conséquence du mépris pour la parole féminine est généralement en médecine la mauvaise prise en charge de la douleur. En effet des études menées aux Etats-Unis, notamment par Miaskowski en 1999², ont étudié le fait que dans un contexte médical, la douleur est généralement moins bien détectée et traitée chez les personnes de sexe féminin que chez celles de sexe masculin. Diane E. Hoffmann³ explique d'ailleurs que les manières de communiquer varient généralement en fonction du genre des personnes, de sorte que les soigné-e-s décriront leur

¹ « Association of Hormonal Contraception With Depression » ; Charlotte Wessel Skovlund, Lina Steinrud Mørch, Lars Vedel Kessing ; Novembre 2016 [disponible en ligne le 15.09.2017] <http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2552796>

² « The Role of Sex and Gender in Pain Perception and Responses to Treatment » ; C. Miaskowski ; Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives ; R.J. Gatchel and D.C. Turk, eds. ; New York ; 1999

³ « The Girl who cried in pain, A bias against women in the treatment of pain », Diane E. Hoffmann, Associate Dean & Professor, University of Maryland School of Law, and Anita J. Tarzian, Professor, U. of Maryland Baltimore County, 2002, [disponible en ligne le 15.09.2017] https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=383803

souffrance différemment selon qu'ils sont des hommes ou des femmes. Pour autant, plusieurs études ont identifié des différences de traitement de la douleur en fonction du genre de la personne soignée dans différentes spécialités médicales. Par exemple, « *Faherty and Grier studied the administration of pain medication after abdominal surgery and found that, controlling for patient weight, physicians prescribed **less pain medication for women aged 55 or older than for men in the same age group, and that nurses gave less pain medication to women aged 25 to 54.** Calderone found that male patients undergoing a coronary artery bypass graft received narcotics more often than female patients, although the female patients received sedative agents more often, **suggesting that female patients were more often perceived as anxious rather than in pain.** » », « *In a 1994 study of 1,308 outpatients with metastatic cancer, Cleeland and colleagues found that **of the 42 percent who were not adequately treated for their pain, women were significantly more likely than men to be undertreated** (an odds ratio of 1:5).⁵⁸ In another study of 366 AIDS patients, Breitbart and colleagues found that **women were significantly more likely than men to receive inadequate analgesic therapy.** The assessment of undertreatment in both studies was based on guidelines developed by the World Health Organization for prescribing analgesics. » [les femmes recevaient donc plus souvent un traitement analgésique qui ne correspondait pas aux recommandations de l'OMS]. Par ailleurs il est généralement plus difficile pour une femme d'être prise en charge en milieu médical que pour un homme, puisqu'elles font généralement face à de la méfiance de la part de premier-e professionnel-le de soin qu'elles rencontreront : « *women experience disbelief or other obstacles at their initial encounters with health-care providers.* »**

Elle décrit cela comme le syndrome de Yentl, à savoir le fait que la douleur des femmes a moins de chance d'être prise en compte correctement tant qu'il n'est pas prouvé qu'elle aussi intense que celle d'un homme : « *women are more likely to be treated less aggressively in their initial encounters with the health-care system until they "prove that they are as sick as male patients."* ».

En effet, comme le fait remarquer Hoffmann, le traitement de la douleur suppose que les professionnel-le-s de soin considèrent comme crédible la personne soignée, or les préjugés stéréotypes ajoutent au risque d'une prise en charge insuffisante. Elle note d'ailleurs qu'il existe une littérature féministe considérable qui dénonce ces fois où la voix des personnes de sexe féminin n'a pas été entendue dans le système médical, et qui explique ce phénomène par la longue histoire de la soumission des femmes. En outre, une étude rapporte que les femmes atteintes de douleurs chroniques rencontrent la même négation de leur douleur et de leur maladie tant que le soignant-e n'a pas détecté d'anomalie clinique, et d'autres chercheurs ont également prouvé que face à des femmes, les soignant-e-s expliquent plus généralement les symptômes décrits par des désordres psychologiques, même lorsque la cause médicale a été détectée : « *Some researchers have argued that a "bias toward psychogenic causation for disorders in women has occurred even in well defined painful biological processes: 'Despite the well documented presence of organic etiologic factors, the therapeutic literature is characterized by an **unscientific recourse to psychogenesis and a correspondingly inadequate, even derisive approach to their management.**'" These findings are consistent with studies reporting that female pain patients are less likely than their male counterparts to be taken seriously* ».

Si la parole féminine est spontanément méprisée et que par conséquent la douleur décrite et exprimée n'est pas prise en compte par le professionnel-le de santé, alors le diagnostic en pâtit forcément. En effet de nombreuses personnes de sexe féminin consultent pour mettre fin à des douleurs au niveau de leur vulve (dans le périnée, pendant les rapports sexuels, en position assise, lors de la miction...), et ne trouvent jamais de réponse à leurs questions. C'est l'errance diagnostique. Cette expression fait référence à la situation de personnes qui souffrent pendant un certain temps sans qu'aucun professionnel-le n'ait pu diagnostiquer, et donc traiter, l'anomalie en cause. Cela peut durer plusieurs années, voire toute une vie. Cette situation d'incertitude peut causer de véritables troubles psychologiques et heurter l'estime de soi des personnes souffrantes. C'est ce que décrit Martine Grimaldi dans Le périnée féminin douloureux, un ouvrage que la soignante a rédigé afin d'aider les personnes de sexe féminin souffrant de douleurs périnéales à trouver, peut-être, certaines explications

et solutions à leur problème. En effet le premier pas vers la guérison et de pouvoir mettre un nom sur la souffrance, ce qui permet de prendre un certain contrôle sur elle, de savoir qu'elle est référencée et donc que dans une certaine mesure elle est normale, parce que dans le cas de douleurs périnéales non diagnostiquées, il est difficile de partager sa souffrance et l'on peut facilement croire qu'il n'y a pas de raison à sa douleur et qu'il faut s'y résigner. Ces douleurs chroniques du périnée touchent 15% des personnes de sexe féminin, cela représente aux Etats-Unis 20 millions de personnes, pourtant Andrew Goldstein montre en 2011 dans When sex hurts... que parmi ces personnes 40% demeurent sans diagnostic. En effet très peu de thérapeutes sont compétent-e-s pour traiter ce problème, même s'il touche une partie considérable de la population. En France, quelques équipes médicales pluridisciplinaires se sont orientées depuis quelques années dans la prise en charge des douleurs pelvi-périnéales, dont trois principales : celle du Pr Pierre Marès au CHU de Nîmes, celle de Jean-Jacques Labat à Nantes, et celles d'Eric Baurant à Aix en Provence.

Martine Grimaldi voit elle aussi dans le défaut de prise en charge des douleurs féminines une explication culturelle : selon elle « en particulier depuis les travaux de Freud, et son fameux complexe de castration féminin, elles sont souvent interprétées comme "psycho-somatiques", ou d'origine "hystérique" surtout si le bilan d'exploration est négatif, laissant la patiente seule après une errance et une incompréhension médicale désespérante. ». Il est vrai que ces douleurs périnéales chroniques inexpliquées placent l'usagèr-e dans une situation frustrante et inquiétante, d'autant que certaines d'entre elles peuvent être fortement invalidantes : par exemple la dyspareunie (vagin douloureux) et la vulvodynie (vulve douloureuse) sont en général des troubles physiologiques, mais comme ils sont très invalidants et chroniques, ils peuvent entraîner un traumatisme psycho-émotionnel majeur (douleur persistante, perte d'estime de soi, culpabilité, peur, baisse de libido, sentiment d'incompréhension, de solitude, problème dans la vie de couple...). Ces douleurs périnéales concentrent effectivement un grand nombre de conséquences, parce que le périnée est un organe très particulier, riche, et placé à un endroit stratégique du corps ; il est indispensable au bien-être puisqu'il réunit de nombreuses fonctions : il est le lieu de l'assise, un lieu d'échange (pour le plaisir sexuel, et lors d'accouchements), et le lieu de l'élimination (des excréments, des menstruations, des pertes...). Mais alors, si tant de personnes souffrent du périnée et que cette souffrance est hautement invalidante pour de nombreux aspects de la vie quotidienne, pourquoi les soignant-e-s sont-ils si peu compétents à diagnostiquer les affections qui le touchent ? Grimaldi dénonce l'illogisme, le manque de curiosité, la volonté de se débarrasser de ces questions embarrassantes pour les professionnel-le-s : si une femme qui vient d'accoucher a très mal et ne peut avoir de rapports sexuels, on lui répond que son épisiotomie doit cicatriser, quand l'épisiotomie est cicatrisée, elle s'entend dire que "c'est dans la tête, elle se sent plus mère que femme", et quand une jeune femme heureuse et épanouie débute sa vie sexuelle et est prise de douleurs atroces, c'est dû à de la culpabilité face à la sexualité, peut-être a-t-elle subi des attouchements dans son enfance. Les soignant-s ne cherchent pas de réponse, comme si la demande n'en méritait pas, et renvoient la douleur à une interprétation psychanalytique hasardeuse.

De tels préjugés misogynes peuvent donc avoir de graves conséquences sur la santé des soigné-e-s : prise en charge de la douleur moindre par rapport à celle des hommes, refus de soins, mise en danger de mort lorsque, comme en témoigne Joe Fassler¹, les femmes peuvent attendre jusqu'à deux fois plus longtemps que les hommes aux urgences avant d'être prises en charge, ou encore errances diagnostiques de plusieurs années, voire de toute une vie.

Ces maladies chroniques de l'appareil génital féminin ne font en effet l'objet que de très peu de recherches, aussi elles demeurent méconnues malgré le nombre conséquent de personnes atteintes.

¹ « How doctors take women's pain less seriously » ; Joe Fassler ; 15.10.2015 [disponible en ligne le 15.09.2017] ; <https://www.theatlantic.com/health/archive/2015/10/emergency-room-wait-times-sexism/410515/>

2. La gynécologie : soin des organes reproducteurs mais surtout pas sexuels

Comme nous l'avons évoqué avec Grimaldi, il est relativement courant que certain-e-s professionnel-le-s de la gynécologie balai-ent d'un revers de la main les questions ayant attiré à la sexualité, ce qui semble paradoxal pour des spécialistes des organes sexuels. En effet s'il s'agit pour la médecine de coloniser le corps féminin en s'en appropriant la connaissance et l'accès, il n'est pas question d'en admettre le potentiel sexuel : lorsque la sexualité féminine est médicalisée, elle s'en trouve négligée, voire niée.

a. Méconnaissance du corps féminin et errance thérapeutique

Nous l'avons dit, certaines maladies génitales sont très rarement diagnostiquées, bien que de nombreuses personnes de sexe féminin en souffrent, il est donc courant que celles-ci doivent attendre plusieurs années avant de se voir proposé un traitement qui leur convienne. C'est l'errance thérapeutique, cette fois. En effet si une maladie n'est pas diagnostiquée, elle ne peut pas être traitée, soit parce que li soigné-e n'est pas pris-e au sérieux, auquel cas même sa douleur ne sera pas prise en charge, c'est la situation que nous avons décrite plus haut, soit parce que si la maladie peine à être diagnostiquée c'est qu'elle est peu connue, donc peu de personnes sont compétentes pour la traiter correctement.

C'est le cas notamment de trois maladies hautement invalidantes : le vaginisme, la névralgie pudendale et l'endométriose. Le vaginisme est une contraction incontrôlable du vagin, de sorte que celui-ci est extrêmement douloureux, ce qui rend tout rapport sexuel impossible. Lorsqu'une personne de sexe féminin présente de tels symptômes, on lui répond généralement qu'elle a dû subir un traumatisme sexuel dont elle ne se souvient pas. Il est vrai que le traumatisme psycho-émotionnel peut avoir un lien causal avec le vaginisme dans un certain nombre de cas, mais il s'agit en général d'un trouble physiologique. Si dans certaines douleurs pelvi-périnéales, 40 à 50% des personnes de sexe féminin ont subi un traumatisme psychologique, cela signifie aussi que pour 50 à 60% des soigné-e-s ce n'est pas le cas. S'arrêter à la supposition d'un traumatisme émotionnel dû à un abus sexuel, parce que cela est malheureusement courant, et envoyer systématiquement les soigné-e-s en psychothérapie revient à se débarrasser du problème. De surcroît, le mépris pour cette maladie peut mener à de véritables maltraitements médicaux : on recense notamment plusieurs témoignages de personnes de sexe féminin souffrant de vaginisme qui déclarent avoir fait face à des gynécologues peu scrupuleux qui, persuadé-e-s qu'iels exagéraient, forçaient le spéculum dans leur vagin et causaient ainsi des douleurs atroces et traumatismes à leurs client-e-s.

De la même manière, de nombreuses personnes de sexe féminin souffrent de douleurs périnéales chroniques, occasionnant des souffrances en toutes circonstances : en position assise, pendant les relations sexuelles... Encore une fois les soignant-e-s supposent souvent qu'il s'agit d'une épisiotomie mal cicatrisée ou d'un traumatisme sexuel, condamnant les personnes à des années d'errance et de souffrances inexplicables. Pourtant il existe bien une maladie référencée qui cause ces douleurs, il s'agit de la névralgie pudendale. Elle touche de nombreuses personnes, dont 60% de personnes de sexe féminin âgées de plus de 60 ans, mais demeure très peu connue des professionnel-le-s de santé, si bien que les malades se sont organisé-e-s en association et ont créé elleux-mêmes un site d'information dédié, dans lequel iels référencent bénévolement toutes les données qu'iels ont pu obtenir par leurs propres moyens. Cette maladie est due à une ou plusieurs compressions du nerf pudendal – un nerf qui part du sacrum et innerve tout le périnée, le clitoris et l'anus – qui mènent à son usure. Les examens pour la déceler sont excessivement douloureux puisqu'il faut stimuler le nerf endommagé, et les traitements sont souvent incomplets puisqu'une prise en charge pluridisciplinaire a généralement plus d'efficacité.

Enfin, on estime à 2 millions le nombre de personnes de sexe féminin touchées par l'endométriose, soit environ une sur dix, et pourtant cette maladie est toujours très difficilement diagnostiquée, et il n'y a que très peu de solutions disponibles pour amenuiser leur souffrance. En effet la maladie est complexe, elle prend plusieurs formes selon son extension et la nature des cellules

atteintes. L'endométriose est causée par la présence de tissus utérin hors de l'utérus, ces cellules anormalement localisées provoquent alors sur les organes qu'elle touche des lésions elles-mêmes composées de cellules semblables à l'endomètre, qui adoptent donc le même comportement au fil des cycles menstruels. La propagation du tissu hors de l'utérus provoque alors de vives douleurs pendant les menstruations, et peut causer la stérilité. On estime que parmi les personnes de sexe féminin qui souffrent de douleurs chroniques pelviennes en particulier pendant leurs règles, 40% sont atteintes d'endométriose. Pourtant la maladie n'est souvent diagnostiquée que très tardivement, et les traitements sont relativement restreints. Parfois la prise de la pilule en continu permet de diminuer voire d'effacer les douleurs puisqu'elle met fin aux menstruations, ce qui peut également permettre de ralentir la propagation de la maladie. Dans d'autres cas on peut procéder à une opération chirurgicale afin de retirer les lésions, mais si celles-ci sont nombreuses et petites, le rapport bénéfice-risque de l'opération est défavorable. Enfin, si la personne est stérile ou ne souhaite plus procréer, on peut procéder à une hystérectomie totale. Là encore, les possibilités de traitement sont restreintes et parfois inefficaces, bien souvent les personnes atteintes doivent souffrir durant de nombreuses années avant que l'endométriose ne soit diagnostiquée, puis elles doivent attendre de pouvoir recourir à une hystérectomie pour faire cesser réellement la maladie. Mais là encore l'opération peut avoir des conséquences très invalidantes : puisqu'il manque un organe dans le ventre, tous les autres s'affaiblissent, ce qui provoque de nouveau des douleurs chroniques, voire de l'incontinence.

On voit bien que certaines maladies sont particulièrement graves et qu'elles touchent de très nombreuses personnes de sexe féminin, malgré tout elles ne sont ni diagnostiquées à temps ni traitées correctement. Pourquoi y a-t-il de telles lacunes ?

Concrètement, lorsqu'un-e médecin-e fait des recherches, iel choisit un sujet qui l'intéresse particulièrement, il n'est donc pas étonnant que la recherche médicale, encore majoritairement menée par des hommes, ne se penche pas sur le problème des douleurs spécifiquement féminines. D'ailleurs l'anatomie féminine est encore relativement peu connue, nous l'avons montré avec la description très récente de la totalité du clitoris, et les recherches médicales qui concernent la sexualité féminine sont majoritairement menées par des chercheuses de genre féminin.

b. La sexualité niée

Le plaisir féminin semble donc faire peur : le sexe féminin est méconnu voire nié, les douleurs génitales sont méprisées, et les problèmes liés à la libido féminine sont rapidement renvoyés à des troubles psychologiques comme s'ils ne pouvaient pas provenir d'une anomalie physiologique.

En effet le problème se présente régulièrement chez des personnes de sexe féminin utilisant une pilule contraceptive. Nous avons longuement montré la désinformation dont cette-dernière fait l'objet, mais attardons-nous sur un effet secondaire bien particulier de cette contraception : la diminution voire la disparition de la libido.

L'action contraceptive de la pilule est due au fait que celle-ci délivre au corps les hormones qui créent l'illusion d'une grossesse, de sorte que l'ovulation soit inhibée, puisque le corps féminin n'ovule pas pendant une gestation pour éviter qu'une deuxième fécondation se superpose à la première, ce qui constituerait un danger pour les deux fœtus et pour la personne enceinte. Le corps réagit donc parfois à la contraception hormonale comme il pourrait réagir à une grossesse : prise de poids, changement de la qualité de la peau, troubles de la digestion, nausées, migraines, vertiges, dépression, et / ou baisse de libido. L'explication est d'une simplicité redoutable, d'ailleurs la diminution du désir sexuel est parfois inscrite dans la liste des effets secondaires sur la notice de certaines pilules, et pourtant lorsque des usagèr-e-s demandent à changer de contraception parce qu'ils sont incommodé-e-s par la situation, de nombreuses gynécologues refusent l'idée que la pilule puisse être en cause et renvoient la perte de désir à des facteurs psychologiques. Parmi les personnes ayant répondu à notre enquête, certaines ont témoigné :

« Une soignante m'a refusé le DIU parce que "la pilule fonctionne bien", que les désagréments dont je lui parlais (baisse de libido, irritabilité, très forte émotivité) n'étaient **"pas si graves"** et peut-être **liés à autre chose**, et que le stérilet c'était "à la mode mais pas si bien" »,

« Quand j'ai abordé la baisse de libido lié à la pilule à l'un d'entre eux, **il a ignoré mes propos.** »,

« J'ai souffert d'une pathologie très peu connue quand j'étais plus jeune (vestibulodynie), et j'ai subi de nombreuses violences en consultation gynéco:

- **Aucun des 6 ou 7 gynéco vus pendant les 10 ans où j'ai pris la pilule ne m'a informée des effets secondaires sur la libido** (le changement a été impressionnant pour moi à l'arrêt de la contraception hormonale, et j'ai l'impression d'avoir vécu **10 ans sous camisole chimique**)

- Ma pathologie ayant peu de symptômes physiques visibles et provoquant une douleur aiguë lors des rapports, **j'ai fréquemment entendu que c'était "normal", "dans ma tête".**

- [...] le gynéco m'a dit de me rhabiller, et m'a expliqué (en ces termes) **que j'étais frigide.** »

« J'ai consulté une gynéco vers 20 ans pour prendre la pilule [...]. Elle ne m'a pas proposé d'autres moyens de contraception, elle m'a prescrit exactement la pilule que je demandais [...] **sans me présenter aucun autre moyen de contraception ni m'informer des effets secondaires** de la pilule. J'ai commencé à prendre la pilule, je me sentais **très déprimée et n'avais plus aucune libido** mais je faisais pas le lien avec la prise de pilule. Ce n'est que quand mes seins se sont mis à gonfler en étant très douloureux que je suis allée lire les effets secondaires sur la "notice" de la pilule et que j'ai vu "baisse de la libido". **J'ai fondu en larmes, ai jeté ma plaquette en cours sans la finir, et n'ai plus utilisé d'autre moyen de contraception que le préservatif depuis.** Je m'estime cependant chanceuse, car beaucoup de mes amies ont commencé à prendre la pilule très jeune et ne se sont rendu compte des effets sur la libido que bien des années plus tard alors qu'elles arrêtaient la pilule suite aux scandales des pilules de troisième génération. J'ai l'impression que la plupart des médecins trouvent ça tout à fait normal de mettre toutes les femmes sous hormones, alors que c'est loin d'être anodin. **On altère la qualité de la vie sexuelle des femmes et tout le monde s'en fout, et surtout on laisse les femmes dans l'ignorance de cet effet secondaire** (hyper fréquent si j'en crois mon entourage féminin). »

« Aucune info sur effets secondaires psy de la pilule que je subissais (déprime émotivité baisse de libido), sur la possibilité d'avoir un DIU en tant que nullipare, bref c'est Martin Winckler qui a fait mon éducation sur le sujet, pas les gynécos que j'ai vus »

« Après plusieurs années sous implant, je décide de changer de contraception suite à des menstruations trop fréquentes. Je passe sous pilule quand bien même cette contraception ne me convient pas (je l'avais déjà eu avant l'implant mais je l'oubliais trop fréquemment). Après 8 mois sous pilule, nous faisons le point comme convenu 8 mois plus tôt. **Je lui explique que J'ai une perte de désir, de libido, je lui demande si cela peut venir de la pilule.** Elle me répond spontanément que **la pilule n'a rien à voir là-dedans, que je ne suis plus amoureuse** de mon compagnon (avec qui je suis depuis 4 ans), que je suis jeune et que j'ai la vie devant moi (j'ai 24 ans), à ces mots **je m'effondre [...]** Je suis sortie complètement effondrée, au plus au mal, **je n'y suis pas retournée depuis 4 mois, je ne prends plus la pilule, et ne me protège plus du tout...** »

Encore une fois, on voit directement que le manque d'écoute, le mépris de la parole des personnes de sexe féminin et l'ignorance, ou le refus, des effets de la contraception hormonale sur le désir sexuel mènent à des fautes professionnelles. Certain-e-s soignant-e-s refusent de prescrire une contraception, forcent des usagèr-e-s à poursuivre une contraception malgré leur demande d'en changer, posent des diagnostics psychologiques hasardeux, lourds de conséquences, et hors de leur spécialité, ce qui poussent certaines personnes à ne plus consulter ni utiliser de contraception : iels font donc courir le risque aux usagèr-e-s de subir des grossesses non désirées, parce que la seule contraception qui soit véritablement efficace, c'est celle que l'on choisit, or précisément dans les situations décrites les professionnel-le-s retirent ce choix.

En ne les informant pas correctement on ment aux personnes de sexe féminin, on les condamne à subir des souffrances inutiles, à courir le risque d'une grossesse non-désirée, et à ne connaître qu'une sexualité contrariée. En mentant aux usagèr-e-s de la sorte, on leur vole leur

consentement, leur choix, leur autonomie, et par la même c'est tout un pan de leur existence qui leur est confisqué.

Quand certain-e-s professionnel-le-s de santé refusent de voir l'impact de la contraception hormonale sur la sexualité, d'autres en prennent connaissance mais refusent de le considérer comme un problème. En effet demander à ce que sa libido ne soit pas inhiber par une contraception hormonale est parfois perçu comme un caprice. D'autres usagèr-e-s témoignent de ce phénomène :

« [on m'a refusé] une pilule différente de celle que j'avais parce que "il faut choisir à un moment soit on a de la libido soit on n'a pas d'enfants" »

« Je voulais me faire prescrire un DIU, car j'étais sous pilule depuis plusieurs années et cela avait tué ma libido (or j'étais en couple depuis plusieurs années). Ma gynéco a refusé, sous prétexte que "le plaisir sexuel quand on est une femme, c'est un luxe" »

*« La gynécologue que j'avais consultée était âgée et m'avait raconté qu'elle était interne à une époque où l'avortement était encore illégal. Elle m'avait donc dit être **outrée que les femmes puissent se plaindre des effets secondaires de la prise de pilule** »*

Li soignant-e-s prescrivent donc très souvent les contraceptions sans prendre en compte la sexualité, et s'iels acceptent l'idée qu'elles puissent avoir un impact sur le désir sexuel, iels se prêtent à un calcul rapide des bénéfices et des risques d'une poursuite de la prise de pilule.

En vérité, le seul bénéfice est que li soignant-e a l'habitude de la prescrire, et le risque est avéré puisque la personne vient consulter précisément parce qu'elle les subit. Mais il faudrait alors prescrire une contraception différente, adaptée, ce qui fait pleinement partie des fonctions di soignant mais qui supposerait de céder à la demande de l'usagèr-e, et de se renseigner sur les préjugés liés à ces contraceptifs.

Li soignant-e prend donc généralement ellui-même la décision de ne pas s'adapter à l'usagèr-e, et estime sans concertation qu'une baisse du désir sexuel féminin est moins grave qu'une pose de DIU (par exemple). Notons que selon notre enquête, 43% des personnes n'ont jamais évoqué leur sexualité pendant une consultation gynécologique, et parmi les 57% restants, 38% estiment que li soignant-e n'a pas su les conseiller ni être à leur écoute.

Les professionnel-le-s s'octroient le droit de choisir pour les usagèr-e-s et d'évaluer l'importance de leur sexualité par rapport à une pratique qui est reconnue par les organisations médicales officielles (la HAS et l'OMS reconnaissent en effet de nombreux autres moyens de contraception comme valables). Notons pour finir que ce comportement contribue à la discrimination des personnes de sexe féminin qui n'ont pas la possibilité de mener un vie sexuelle saine malgré leur volonté de trouver une contraception qui leur convienne ; il s'agit là pourtant d'une contrevenue au serment d'Hippocrate¹ prêté par tou-te-s les médecin-e-s et selon lequel leur préoccupation première doit être « de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux », et de respecter « toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination ».

Lorsque la sexualité n'est pas niée, elle est diabolisée ou plutôt « pathologisée » : en effet il est activement recommandé aux jeunes personnes de sexe féminin, parfois avant-même qu'elles soient entrées dans la vie sexuelle, de se faire vacciner contre le papillomavirus, alors que son efficacité n'a pas encore été totalement prouvée – on s'interroge d'ailleurs encore sur l'intérêt de vacciner les personnes de sexe féminin plutôt que celles de sexe masculin. Dans la postface de La piqûre de trop, Catherine Riva et Jean-Pierre Spinosa dénoncent : « il existe une dimension morale, trop souvent oubliée. Nous ciblons avec ce vaccin une jeunesse qui n'a encore jamais eu de vie sexuelle en lui donnant une image bien malsaine de la sexualité, cause d'emblée d'un cancer auquel elle ne pourrait pas échapper si des dispositions vaccinales ne sont pas prises au plus tôt. Laisser croire à des jeunes

¹ Voir en annexe V

filles débutant leur vie sexuelle qu'elles sont exposées au cancer, c'est vraiment leur donner une vision bien triste de leur vie affective. »

c. Le point du mari

Une autre pratique, plus rare celle-là, témoigne du mépris pour la santé et la sexualité des personnes de sexe féminin, il s'agit du « point du mari ». Cette expression désigne les quelques points de suture (un, deux, ou trois) supplémentaires cousus à l'entrée du vagin d'une personne venant de subir une épisiotomie lors d'un accouchement par voie basse. Ces quelques points de suture sont médicalement inutiles à la cicatrisation, mais ils resserrent l'entrée du vagin, ce dont on s'attend à ce que ça accentue le plaisir du partenaire sexuel. Chaque point est extrêmement douloureux pour la plupart des femmes, d'autant que, nous l'avons montré précédemment, le périnée est un organe sollicité en permanence. Les personnes endurent alors souvent des douleurs lancinantes pendant les rapports sexuels, au moment de la miction, lorsqu'elles sont assises ou montent des escaliers, souffrances qui persisteront potentiellement durant toute leur existence.

Le scandale éclate lorsqu'Agnès Ledig, sage-femme, dénonce la pratique dans un long texte publié sur le compte privé d'un réseau social le 20 mars 2014. Isabelle Alonso relaie son texte et les articles de journaux se succèdent : Le point du mari, mythe ou réalité ?

Plusieurs sages-femmes témoignent : elles ont-elles-même reçu, lorsqu'elles étaient étudiantes, des conseils de leur professeure qui expliquait que l'on pouvait ajouter deux ou trois points si le vagin était vraiment distendu ; elles ont aussi bien vu, parfois, la gynécologue, souvent un homme, y procéder. Parfois iel demande à la personne qui vient d'accoucher : « je vous fais un petit point de plus, madame ? votre mari sera content et pour vous ça ne change rien », parfois iel ne demande pas : « je vous ai fait quelques points », parfois iel propose au compagnon : « je lui fais deux petits points ? vous allez voir, ce sera comme si elle n'avait jamais eu d'enfants ! ». Et parfois iel ne dit rien. Le président du SYNGOF de l'époque, Jean Marty, se défend à la télévision : ça ne fait pas vraiment mal, et ce sont de toute façon des « affabulations de bonnes femmes ». Il ajoute : « le point du mari, c'est surtout dans la tête des femmes », dénonce une « somatisation vaginale » et des « femmes bien dans la victimologie, qui se retrouvent bien dans une souffrance parce qu'elles arrivent à susciter l'intérêt ». Notons la discréditation presque mécanique de la parole féminine que nous dénonçons plus haut et le recours à l'argument hystérique selon lequel une femme revendicative chercherait simplement de l'attention.

Le problème de cette pratique est triple : elle n'a aucune utilité médicale, elle est douloureuse, et elle est de toute façon inefficace. En effet le vagin est fait pour se resserrer de lui-même petit à petit après un accouchement, et le plaisir sexuel d'une personne de sexe masculin n'est pas conditionné par l'étroitesse de l'entrée du vagin, lorsque la relation est hétérosexuelle et pénétrative, surtout si la personne dont le sexe a été cousu ne vit les rapports que dans la douleur.

Mais le problème le plus grave c'est la raison de cette pratique : on se permet de coudre inutilement le sexe des femmes, quitte à les condamner à des douleurs à vie, et sans leur consentement – *parce que la demande d'autorisation sans les informations préalables sur les conséquences d'un acte médical n'est pas considérée comme recueillement du consentement, qui doit selon le Code de la Santé Publique être libre et éclairé* – pour favoriser le plaisir sexuel supposé de son compagnon. Autrement dit on mutile le corps des femmes, on le sacrifie pour le plaisir sexuel masculin, au nom d'une sorte de solidarité implicite entre porteurs de phallus.

3. La femme et ses droits

Nous sommes là face à la preuve que des mutilations illégales sont pratiquées sur le corps féminin au profit du pouvoir masculin. Nous parlons de mutilations parce que c'est ce qu'est le point du mari, une modification corporelle inutile et douloureuse, et nous en dénonçons l'illégalité parce qu'effectivement le consentement tel qu'il est défini par la loi fait défaut.

Lorsqu'il s'agit de médecine appliquée au corps des femmes, en effet, il arrive régulièrement que la loi soit détournée.

a. L'égalité des soins

Pour commencer le Code de la Santé – dans sa première partie « Protection générale de la santé », livre premier « Protection des personnes en matière de santé », titre premier « Droits des personnes malades et usagers du système de santé, chapitre préliminaire « Droits de la personne » – dispose à l'article L1110-3 que « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins* ». D'ailleurs face à un refus de soins illégitime, il est possible de saisir l'ordre professionnel concerné, et cette saisie vaut dépôt de plainte.

L'article L6112-1 ajoute que « *Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre 1er du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité* ».

Pourtant, nous avons largement démontré les nombreuses discriminations dont font l'objet les personnes de sexe féminin lors des soins gynécologiques : leur parole est mise en doute, leur douleur est ignorée, si bien qu'elles sont amenées à subir de longues errances diagnostique et thérapeutique, que leur douleur est généralement moins bien prise en charge que celles des personnes de sexe masculin, qu'elles subissent parfois des violences médicales (on pense par exemple aux professionnel-le-s qui forcent un spéculum dans le vagin d'une personne atteinte de vaginisme) parce qu'il est spontanément supposé que leurs plaintes sont infondées, et qu'il est très fréquent que des professionnel-le-s refusent de leur prescrire les contraceptions qu'elles demandent parce qu'ils estiment qu'elles ne sont pas assez responsables ou qu'elles n'ont pas de souffrance médicale cliniquement prouvée. Autrement dit les personnes de sexe féminin sont moins bien soignées précisément parce qu'elles sont de sexe féminin, et qu'elles subissent quotidiennement les conséquences des préjugés misogynes encore ancrés dans la culture médicale.

b. Le consentement

En outre, la loi est claire : aucun acte médical ne doit être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, ou plutôt « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas* » (article R4127-36). Ce consentement sollicité par la loi requiert de la part di soignant-e une information de qualité, puisqu'il n'est pas possible de considérer que l'on a pleinement consenti à une action dont on ne connaît ni la teneur ni les conséquences. Aussi, l'article R4127-35 du Code de la Santé Publique dispose que « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose* ». De plus, les soins pratiqués doivent l'être dans l'intérêt de l'usagèr-e, et « *fondés sur les données acquises de la science* ».

Cependant les examens pratiqués sont souvent inutiles et contraires aux recommandations de bonne pratique émises par la HAS : ils ne sont donc ni dans l'intérêt de l'usagèr-e ni fondés sur les données acquises de la science. De plus les modes de contraception font de fait l'objet d'une désinformation généralisée, il n'est pas rare que les soignant-e-s en gynécologie délivrent des informations incorrectes, ou refusent de délivrer certaines informations relatives généralement à la contraception. Nous avons effectivement pu remarquer dans les différents témoignages que certain-e-s

professionnel-le-s refusent le dialogue, ou rédigent des prescriptions sans délivrer aucune information aux usagèr-e-s. Pour finir, il n'est pas rare en gynécologie que les examens soient effectués sans le consentement des usagèr-e-s, même s'ils sont invasifs : parmi les personnes ayant répondu à notre questionnaire, 38% se sont déjà senties « mises devant le fait accompli, au pied du mur, forcées, obligées », 52% sentent qu'elles ne maîtrisent pas la situation, et 43% déclarent que leur soignant-e ne leur demande pas explicitement leur autorisation avant un examen clinique de type toucher vaginal ou palpation de la poitrine.

Le bien-fondé de certaines interventions, la qualité de l'information et le recueillement du consentement sont exigés par la loi mais pourtant, on voit bien que ces obligations sont bafouées dans de larges proportions en gynécologie.

c. La particularité de l'obstétrique

Nous l'avons évoqué au début de notre réflexion, la gynécologie comporte des enjeux qui dépassent l'individu, il en va de la démographie de la population, de la santé de la société, de la pérennité de l'espèce. Quand une personne de sexe féminin accouche, c'est l'humanité qui se joue à chaque fois. Mais dans les faits, on ne peut ni ne doit oublier qu'il s'agit de la vie d'un individu, à la limite d'une famille, qui est en train de basculer, et surtout qu'il en va de la santé de la personne en train d'accoucher.

Mais l'obstétrique ne fait pas exception aux médecines féminines, au contraire : les personnes de sexe féminin y subissent ce que nous appellerons l'injonction à l'instinct maternel. En effet il est attendu de la personne enceinte ou en travail qu'elle soit prête à tous les sacrifices pour son enfant au risque d'être considérée comme un-e mauvais-e parent-e. Au prétexte que la vie de l'enfant serait mise en danger par un refus de parent-e, le corps médical s'autorise à toutes sortes d'interventions sans s'encombrer du recueillement du consentement de la personne concernée.

La loi n'est pas parfaitement précise à ce sujet : s'il semble évident pour la plupart des gens que, lors d'un accouchement, la priorité doit être donnée à la personne en travail (il faut protéger prioritairement sa santé), dans la pratique on voit que ce n'est pas le cas puisqu'elle est généralement forcée d'accoucher dans une position à la fois inconfortable et inefficace pour l'expulsion du nouveau-né, qu'elle a de grandes chances de subir une épisiotomie, en particulier si elle accouche pour la première fois, que certaines césariennes sont pratiquées sans véritable raison médicale, le tout sans consentement.

En fait, la loi distingue depuis 1945 trois statuts : l'être humain – qui fait référence à la corporéité humaine –, la personnalité juridique – le rôle social, un ensemble abstrait de droits et d'obligations– et la personne humaine – c'est en quelque sorte l'individu pris dans sa totalité, un sujet qui a un corps dont il ne peut le défaire. Dans des affaires d'interruptions involontaires de grossesses, la cour de cassation juge en 1999 que le fœtus n'est pas autrui tant qu'il n'est pas né, on ne peut donc pas parler de fœticide. Mais la juridiction reste floue sur l'accouchement : en effet la naissance fait partie d'une temporalité, à quel moment l'enfant se voit-il alors attribué le statut juridique de personne humaine qui protège son existence propre ? Si l'on peut supposer que tant que l'enfant est un fœtus, autrement dit tant qu'il n'est pas né-e, c'est la santé de la personne qui accouche qui est prioritaire sur le reste, à quel moment exact du travail doit-on donc considérer que ledit fœtus n'en est plus un, qu'il est une personne humaine, et que par conséquent sa santé a exactement autant d'importance que celle de parent-e aux yeux de la loi ?

Dans tous les cas aux yeux de la médecine, ces détails flous de la loi ne prévalent pas sur la spontanéité de l'action qui, elle, ne profite que très rarement à la personne en travail.

En effet, on nous répondra toujours qu'il y a urgence médicale et que la vie du nouveau-né est en danger, mais dans les faits la notion de nécessité est bien relative, nous l'avons largement démontré

auparavant. Par exemple nous avons appris durant notre stage d'observation en suites de couche que si une personne mettait du temps à accoucher et que l'heure de la fin du service approchait, il n'était pas rare de procéder à une césarienne. De même pour les épisiotomies : il est répété qu'elles sont faites par nécessité, pourtant il s'agit d'une intervention que l'on a inventée à une époque où les femmes souffraient de malnutrition et qu'elles avaient de nombreux enfants. Chaque nouveau-né étant généralement plus gros que le précédent et chaque accouchement fragilisant encore le périnée, on a commencé à procéder à des épisiotomies afin d'éviter des déchirures vulvo-anales. Mais aujourd'hui les personnes sont généralement en bonne santé et ont moins d'enfants, les accouchements devraient donc être plus faciles. Mais l'habitude est prise et elle permet d'accélérer l'accouchement, on a vite fait de dire qu'elle est nécessaire. Dans les faits il est pourtant très simple d'éviter une épisiotomie : il suffit, comme nous a répondu avec humour Martin Winckler dans un entretien privé, de ne pas en faire. Pour être plus précis-e tout de même, il suffit de faire accoucher les femmes en position accroupie et de retenir légèrement l'enfant pour qu'il ne sorte pas trop rapidement : la gravité fait alors une grande partie du travail d'expulsion, la tête du nouveau-né n'appuie pas sur le périnée, et il a de maigres risques de se déchirer de manière conséquente. Ajoutons par souci de précision qu'une déchirure cicatrise mieux qu'une épisiotomie parce qu'elle suit les mouvements des tissus musculaires, et si elles sont mineures elles n'ont pas besoin d'être suturées.

Le président du directeur du pôle femmes et enfants de l'OMS parlait effectivement déjà de l'épisiotomie comme d'une forme moderne de mutilation en 1999. Il s'agit d'une pratique imposée, douloureuse, et, nous l'avons montré, bien souvent inutile. L'OMS considère d'ailleurs qu'une pratique supérieure à 20% relève d'une influence culturelle. En France ce sont près de 30% des parturient-e-s et 40% des primipares qui subissent cette intervention.

Une étude menée à la maternité de Besançon a effectivement montré en 2013 que la diminution du taux d'épisiotomies s'accompagne d'une augmentation du taux de périnées intacts. En effet, lorsque le taux d'épisiotomies passe de 18,8% à 1,3%, le taux de périnées intacts augmente de 5%, le taux de déchirures légères double, mais le taux de déchirures graves (avec rupture sphinctérienne) est divisé par trois.

Enfin, les conditions des accouchements sont bien souvent très violentes pour les personnes qui accouchent : il existe désormais de nombreux sites en ligne destinés à recueillir les témoignages de victimes de violences obstétricales. Contention, privation, interventions médicales inutiles sans consentement ou même par surprise, jugements, examens douloureux sont monnaie courante en salle de travail. Certaines scènes décrites, si l'on enlève le contexte médical, pourraient passer pour des scènes de viol et de torture (quatre personnes maintiennent une femme allongée sur le dos, la forcent à écarter les jambes pour qu'une cinquième puisse enfoncez les doigts dans son vagin à plusieurs reprises, pendant que la personne hurle de douleur et de peur, par exemple).

Pourtant la loi est claire sur un point : tout acte médical doit être fait dans l'intérêt de patient-e et ne peut être pratiqué sans son consentement.

Mais illustrons notre propos par un témoignage laissé par une personne ayant répondu à notre enquête : *« Le suivi d'une grossesse en France est un moment où on atteint l'apothéose du mépris de la pudeur, de la sensibilité, et où, sous couvert du diagnostic prénatal ou de la "sécurité" de la mère et de l'enfant, on leur fait subir à tous deux un monceau de gestes intrusifs souvent inutiles ou évitables. Un véritable viol institutionnalisé. Après un premier accouchement en maternité, médicalisé contre mon grès et où je n'ai échappé à une césarienne (qui n'avait pas lieu d'être) que grâce à ma force de volonté et la poussée d'adrénaline générée par peur + colère contre le dispositif en place, pour mon 2eme enfant j'ai accouché à la maison avec une sage-femme : le plus incroyable moment de notre existence à moi et mon compagnon »*

Dans les faits, tout se passe comme si la personne parturiente perdait ses droits les plus fondamentaux : dignité, information, consentement, intégrité physique et morale.

Célie Vicrey a justement mené une étude sur plus de quatre cents sages-femmes. 65% d'entre elles ne demandent jamais le consentement avant de pratiquer une épisiotomie, et face à une personne la refusant, 56% la pratiquent quand même, pourtant 80% connaissent la loi. L'argument donné est

souvent celui d'une hiérarchie : le soignant-e s'arroge la responsabilité d'évaluer l'aptitude de l'usagèr-e à décider pour elle-même, ce qui lui permet d'outrepasser facilement son consentement.

Le Collège Obstétrical des USA considère au contraire que le soignant-e doit obtenir le consentement de la personne parturiente pour tout acte, et s'y tenir, **même si sa perception li laisse croire qu'il y a un risque pour l'enfant**. Autrement dit, la priorité est donnée au consentement de la personne, considérée comme responsable de sa propre santé et de celle de son enfant.

Dans la thèse de Sandrine Irgoyen portant sur l'intérêt des protocoles de gynécologie obstétrique, nous avons étudié les commentaires faits sur les différents protocoles de l'hôpital Paule de Viguier, et nous avons pu remarquer que lorsqu'il est dit qu'une pratique médicale (un test, un contrôle, l'utilisation d'outils...) est inutile, ou qu'elle ne doit pas être systématique, la justification apportée est **toujours économique**, mais leur inconfort pour les parturient-e-s n'est jamais un argument. Le bien-être de ceux-ci ne semble être ni un critère, ni une priorité. Le corps soignant fera remarquer que la priorité est en effet donnée à la sécurité, mais il est justement établi que la sécurité d'un accouchement ne peut pas être assurée dans un contexte qui ne favorise pas également la sécurité « physique, psychique, émotionnelle et affective »¹.

Malgré tout, la parole et le ressenti des parturient-e-s ne semble pas avoir grande importance. En effet lorsque la parole des personnes de sexe féminin n'est pas méprisée, elle leur est tout simplement volée. Nous avons notamment fait face, pendant notre stage d'observation, à certain-e-s professionnel-le-s de santé qui anticipaient les réponses aux questions adressées aux usagères et tenaient leurs prévisions pour vraies, se dispensant ainsi de recueillir leur parole. De même dans l'ouvrage Evaluation des soins en obstétrique, les auteurices décrivent les procédures réalisées au cours de consultations prénatales. Interrogatoire, relevé du poids maternel, toucher vaginal, prise de la tension artérielle, mesure de la hauteur utérine sont systématiques. De plus sept tests sont obligatoires (glycosurie et protéinurie, sérologie de la rubéole, sérologie de la toxoplasmose, sérologie de la syphilis, groupe rhésus, numération globulaire, recherche de l'antigène HBs), et d'autres sont recommandés. Les auteurices commentent : « Cette augmentation de moyens est totalement acceptée, non seulement par les acteurs de santé de cette surveillance, mais aussi par les femmes elles-mêmes. Cependant, dans la grande majorité des cas, l'intérêt de ces examens n'a pas été démontré ». Nous nous interrogeons donc : comment a-t-on pu évaluer l'acceptation des moyens par les personnes enceintes dans la mesure où les examens et tests sont soit obligatoires, soit pratiqués de manière systématique ?

D'une manière générale, grossesses et accouchements sont très largement surmédicalisés, on en fait une pathologie, alors qu'il s'agit d'une fonction physiologique du corps, d'une étape normale (au sens de « qui ne constitue pas une anomalie ») de sa vie et de son développement, et qu'une majorité de l'ordre de 85% des accouchements pourraient se passer d'interventions médicales.

Lorsqu'il s'agit de la naissance d'un enfant, on voit comment la loi recule face au corps médical. En obstétrique, la hiérarchie des priorités se fait toujours au désavantage de la parturiente : la sécurité de l'enfant et le confort des professionnel-le-s de santé priment en effet sur son bien-être, malgré tout elle devra répondre positivement à l'injonction maternelle selon laquelle l'accouchement est toujours « le plus beau jour de sa vie ».

¹ « ACCOUCHEMENT DANS L'EAU: CATHERINE FONCK NE CONNAIT PAS LES DROITS DES PATIENTES » ; Plateforme pour une naissance respectée, mai 2016 ; [disponible en ligne le 15.09.2017] ; <http://www.naissancerespectee.be/?p=586>

4. Quand le soin du corps féminin sexuel prend de airs de châtiment

Nous avons commencé à l'ébaucher, quand la gynécologie ne s'en tient à aux données de la science, il semble parfois qu'elle entretienne une forme de maltraitance à l'égard des usagè-e-s, comme pour les punir d'avoir un sexe féminin.

a. Le mythe de l'hymen

Un mythe subsiste concernant l'anatomie féminine, présent à la fois dans le langage, l'inconscient collectif et dans la pratique, c'est celui de l'hymen. On le présente comme une membrane qui recouvrirait l'entrée du vagin tant que celui-ci n'a jamais été pénétré. Dès la première pénétration, il est dit qu'il se déchire et saigne, ce qui peut occasionner des douleurs. L'hymen est alors érigé en symbole de virginité puisque l'on pense pouvoir vérifier, en observant son état, que la personne de sexe féminin n'a jamais eu de rapports sexuels.

Cette croyance est pourtant fautive. Anatomiquement, pour commencer, l'hymen est certes la membrane décrite, mais elle n'est que rarement complètement opaque, la plupart du temps il est troué en un ou plusieurs endroits, et il ne se déchire pas mais s'étire, autrement dit on ne perd jamais son hymen, comme on ne perd pas sa virginité (ce n'est pas une valeur que l'on abandonne ou que l'on offre, c'est une expérience que l'on a eue ou pas). De plus il n'est ni irrigué ni innervé, ce n'est donc pas lui qui saigne et est douloureux lors du premier rapport sexuel, c'est plutôt la plus ou moins grande délicatesse de son partenaire sexuel. Enfin, le fait d'avoir eu ou non une expérience sexuelle n'a pas forcément de lien avec la pénétration, il existe en effet différentes sexualités qui ne sont pas pénétratives. On ne peut donc pas statuer de la virginité d'une personne sur le simple examen de son hymen. Précisons en outre que la membrane n'a pas de fonction, il ne s'agit pas d'un voile protecteur posé sur le sexe féminin, il semblerait plutôt qu'il s'agisse d'un reste de tégument fœtal du stade pré-différentiel – au moment où certains organes du fœtus se développent différemment selon le sexe de celui-ci, d'autres ne disparaissent pas, c'est le cas de l'hymen. On suspecte qu'il s'agisse initialement du sac testiculaire, au même titre que les tétons masculins, qui n'ont aucune utilité, ne semblent pas avoir d'autre origine que celle-ci.

Mais le mythe subsiste et a imprimé sa marque sur la perception du sexe féminin. La mystification de l'hymen va effectivement de pair avec la mystification de la virginité et de sa « perte ». Ainsi, la première pénétration fait office d'étape décisive aux yeux de la société, et tout se passe comme si une femme, une fois qu'elle a été pénétrée une fois, peut à partir de ce moment l'être autant de fois. La femme « déflorée », qui a perdu ou offert sa virginité, devient pénétrable à l'infini puisque l'insertion d'objets dans son vagin ne provoque plus de différence anatomique.

Les examens médicaux ne connaissent à partir de là plus de limite, ils sont pratiqués inutilement, parfois avec brutalité, comme en témoigne cette personne dans notre enquête : *« Avant je ne voyais que des femmes gynécologues. La première devait avoir dans les 55 ans et n'était absolument pas respectueuse de ma pudeur ou de mes douleurs lors du toucher vaginal sous prétexte qu'elle "était déjà passée par là" et que quand je mettrais "un enfant au monde [je] comprendrais ma douleur"... »*

Il est d'ailleurs souvent recommandé aux jeunes personnes de sexe féminin de subir un premier examen gynécologique dans l'année suivant leur premier rapport sexuel. Pourtant il n'y a strictement aucun fondement médical à cette pratique : la sexualité est une fonction physiologique du corps et le premier rapport sexuel n'a aucune conséquence sur la santé s'il est protégé (de manière à ne provoquer ni IST ni grossesse), de plus nous avons énoncé plus tôt les différentes recommandations nationales et internationales : aucune ne fait référence à l'entrée dans la vie sexuelle. On voit cependant que la pratique est très largement répandue puisque parmi les personnes interrogées, 33% déclarent consulter depuis qu'elles ont des relations sexuelles.

Ce premier examen gynécologique comprend généralement une discussion, aussi appelée interrogatoire, qui constitue l'occasion « d'avouer » ses pratiques sexuelles à une figure d'autorité, un toucher vaginal et une palpation de la poitrine. Comme un deuxième dépucelage en règles, cette

consultation – qui relève plus de la tradition que de la préoccupation médicale – marque le passage d’une étape, comme un rite initiatique, et imprime dans la chair et l’esprit des jeunes personnes de sexe féminin que leur corps ne leur appartient désormais plus vraiment.

Cette pratique fut dénoncée par Marie-Hélène Lahaye en octobre 2016 dans un article¹ qui provoqua une levée de boucliers de la part des professionnel-le-s de santé, notamment spécialistes en gynécologie. Elle le compare à la tradition médiévale du droit de cuissage qui consistait, pour les seigneurs, à coucher avec (ou violer, pour être exact-e) une jeune femme avant son mariage, et donc à lui « prendre » sa virginité, comme on prélèverait un impôt.

Cette étape marque l’appropriation collective du corps féminin, c’est-à-dire le fait que le corps féminin n’appartienne ni à la personne elle-même ni à son mari ou partenaire sexuel-e, mais au représentant de l’autorité patriarcale, en l’occurrence li gynécologue. Elle participe également à rendre la sexualité et le corps féminins pathologiques : si une jeune personne veut une sexualité, elle devra supporter que celle-ci soit surveillée.

b. L’humiliation de la femme sexuelle

Dans la même lignée, une fois que la personne de sexe féminin est entrée dans la sexualité, sa pudeur lui est retirée par le corps médical.

Dans son Histoire de la pudeur, Jean-Claude Bologne décrit la naissance de ce phénomène. En effet initialement on distinguait la pudeur masculine, dont on disait qu’elle s’appliquait au sentiment, de la pudeur féminine, dont on disait qu’elle s’appliquait au corps. La pudeur masculine n’était pas naturelle, il s’agissait plutôt d’une « pressante obligation à la Modestie » pour se montrer digne de l’esprit de Dieu avait insufflé en soi ; en revanche on considérait qu’il n’y avait « rien de plus naturel à la femme que la pudeur », le père Moyne disait : « c’est un voile [...] naît, il se forme, il croît avec [la femme] Il est de tous les pays et de toutes les saisons, de toutes les conditions et de tous les âges ». Déjà dans l’Antiquité il était attendu uniquement des femmes qu’elles soient pudiques : Apollon n’était pas présenté se couvrant le sexe comme Aphrodite, par exemple. Lorsqu’au XVII^{ème} siècle le pouvoir royal a besoin d’une population assez dense pour mener ses nombreuses guerres, les « sages-femmes en culotte » (des barbiers) prennent le contrôle des accouchements qui jusqu’alors ne se déroulaient qu’entre femmes. Les médecins, en concurrence avec les accoucheurs évoquent la pudeur des femmes pour les empêcher d’exercer, mais en 1708 Dionis proclame la victoire de la prudence sur la pudeur : l’obstétrique ne sera plus jamais une affaire féminine, et le corps des femmes est dès lors cédé à la médecine. Au nom de la prudence, le corps féminin est depuis tombé dans le domaine médical comme une invention tomberait dans le domaine public : il appartient à tout le monde et son sujet n’a plus son mot à dire sur les traitements qui lui sont infligés.

Ainsi, tout se passe comme si « la femme sexuelle » devait être punie pour sa sexualité par le pouvoir médical. On lui inflige en effet, dès le commencement de sa vie sexuelle, comme s’il s’agissait d’un point de départ, des examens invasifs, on lui impose des contraceptions qui diminuent son désir de sorte qu’elle n’aura droit, durant plusieurs années, qu’à une sexualité inhibée et maintenue sous une chape de protection chimique, elle devra supporter toutes sortes de jugements portés sur sa personne, sa vie, ses choix, sa douleur, elle devra accepter sans broncher la nudité, l’inconfort des étrières, l’exposition humiliante de son sexe qu’elle ne connaît même pas à des inconnus, le mépris de sa dignité, comme si elle avait perdu en même temps que sa virginité sa légitimité à exiger du respect. Pourtant des solutions simples permettent d’éviter l’humiliation que constituent pour certaines personnes les consultations gynécologiques. Les premières sont, mais nous les avons évoquées de

¹ « L’examen gynécologique des jeunes femmes : un droit de cuissage moderne » ; Marie-Hélène Lahaye ; 06.10.2016 ; <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2016/10/06/lexamen-gynecologique-des-jeunes-femmes-un-droit-de-cuissage-moderne/>

nombreuses fois déjà, l'écoute attentive des usagèr-e-s, l'information loyale, la fin des examens inutiles, le respect des recommandations des autorités de santé. Ensuite il est tout à fait inutile d'exiger des soigné-e-s qu'ils se mettent entièrement nu-e-s pour un examen gynécologique : il suffit de leur demander d'enlever le bas, puis le haut pour la palpation, voire de couvrir, si elles le souhaitent, les personnes avec un tissu. De la même manière, la position du décubitus dorsal – allongée sur le dos – n'est pas la seule possibilité. On peut pour commencer ne pas poser d'étriers, ce qui évite à l'usagèr-e de se sentir pleinement vulnérable, mais on peut surtout procéder à tous les examens faits par voie vaginale en décubitus latéral, ou chien de fusil, c'est-à-dire allongé-e sur le côté, une jambe pliée. Cela peut permettre à li soigné-e qui le désire de ne pas se sentir entièrement exposé-e, ne pose pas de véritable difficulté pour li professionnel-le, ni ne constitue de danger quel qu'il soit.

Certain-e-s soignant-e-s pratiquent déjà ces méthodes sans aucun problème depuis plusieurs années, mais de nombreuses autres ne s'y intéressent pas. Ainsi, parmi les personnes interrogées, à la question « dans quelle tenue êtes-vous lors de l'examen ? » 25% répondent « li soignant-e me dit de me mettre nu-e » ; 99% sont allongé-e-s sur le dos, 63% ont un-e soignant-e qui ne demande pas leur autorisation avant de procéder à un examen clinique de type toucher vaginal ou palpation de la poitrine, 52% ont l'impression que ces examens sont obligatoires, et 74% se sentent toujours ou se sont déjà senti-e-s mal à l'aise pendant les consultations gynécologiques. Plus précisément, les usagèr-e-s déclarent être mal à l'aise à 65% à cause de l'exposition de leur sexe, à 46,2% à cause de la position, à 51,9% à cause de la nudité lors de l'examen, et à 27,2% à cause de réflexions déplacées et désagréables. Par ailleurs 15% des personnes ne se sentent pas respectées et 23% se sentent jugées lors des consultations.

Enfin, à la question « pensez-vous avoir subi des violences gynécologiques ? », 14% répondent oui et 12% « je ne sais pas ».

Ces chiffres paraissent exorbitants quand les solutions pour que les usagèr-e-s se sentent respecté-e-s dans leur intégrité physique et morale sont à la fois connues et simples d'application, d'autant que l'on sait qu'une consultation désagréable risque de mener li soigné-e à ne pas reconsulter, même parfois en cas de besoin.

Face à l'absurdité de la perpétuation de ces pratiques, on ne peut que postuler l'exécution d'une volonté structurelle de la médecine de dominer et de s'appropriier le corps des personnes de sexe féminin qui ont une vie sexuelle.

c. Les pratiques anciennes : témoins de l'histoire sexiste de la médecine

Si cela peut paraître difficile à croire, certain-e-s professionnel-le-s assument pourtant ouvertement des prises de position réprobatrices et morales à l'égard des usagèr-e-s : un obstétricien insistant pour infliger une césarienne à une femme de 16 ans enceinte de jumeaux avant-même de l'avoir examinée a par exemple déclaré à sa supérieure « c'est quand même pas moi qui l'ai engrossée », puis l'a finalement aidée sans sourciller à accoucher par voie basse lorsqu'il a compris qu'elle était déjà mariée.

Ce type de comportements n'est pas sans rappeler l'histoire sombre de la gynécologie. En effet ils semblent ressurgir du passé, comme un sexisme féroce dont on préfère croire qu'il ressuscite par intermittences plutôt que de penser qu'il n'a jamais disparu.

Il est vrai que la médecine française a, pendant longtemps et jusqu'à relativement récemment, pratiqué une gynécologie agressive, ouvertement mutilatrice. Par exemple jusqu'à ce que l'avortement soit non seulement autorisé mais également accepté par l'opinion publique, il n'était pas rare pour des gynécologues de pratiquer délibérément des curetages à vifs pour provoquer des douleurs atroces en précisant à l'usagèr-e que ça lui servirait de leçon et qu'elle y réfléchirait à deux fois avant de tomber enceinte. On note avec quelle rapidité la réflexion sensée s'efface derrière l'émotion du jugement moral.

De la même manière, l'excision était pratiquée en France au XIX^{ème} comme recours gynécologique à des comportements perçus comme des troubles psychiatriques. On parlait alors de clitoridectomie, et elle servait à soigner, ou punir, l'hystérie, la nymphomanie et la masturbation.

La gynécologie a donc une histoire fortement liée à la répression violente de comportements jugés immoraux par la société fondamentalement sexiste. Cette histoire ressurgit par moments de manière assumée, mais nous observons dans la pratique actuelle qui est faite de la gynécologie et de l'obstétrique qu'elle est toujours sous-jacente.

Conclusion

Dans les situations que nous avons décrites, on voit que la médecine s'octroie un rôle d'éducation morale vis-à-vis de la sexualité des personnes de sexe féminin qui n'est pas le sien.

La pratique gynécologique actuelle en France ne semble reculer devant aucune absurdité médicale pour continuer d'exercer sur les personnes de sexe féminin un pouvoir autoritaire, et colonisateur, quitte à tomber dans l'illégalité.

Voici un témoignage édifiant de la violence que peut constituer la gynécologie dans sa pratique actuelle :

« La première gynécologue que j'ai consultée à 15 ans, travaillait au Planning familial de ma ville. Je n'avais jamais eu de rapport sexuel avec pénétration. Elle m'a pourtant imposé un toucher vaginal sans me prévenir qu'elle allait le faire, en me demandant de me mettre totalement nue. Je tremblais, j'étais tétanisée. Elle m'a très sèchement rabrouée, en me disant d'arrêter de faire des histoires, que je savais bien ce qui m'attendait en venant consulter. Lorsque je suis sortie du cabinet, j'ai marché dans la ville en me sentant dans un état étrange, cotonneux, nauséeux. J'avais l'impression forte d'avoir été violée. »

Notons pour finir, parce que cela nous a interpellé tout particulièrement, que 292 personnes ont déclaré se sentir ou s'être senties violées pendant des consultations. Parmi elles nous avons remarqué qu'à la question « avez-vous porté plainte » elles surtout répondu « non je ne savais pas que c'était possible » ou « non je ne veux pas », mais en majorité « non, je pense que ce n'est pas assez grave ».

Il y a donc un besoin urgent de faire évoluer la pratique gynécologique et obstétrique afin de mettre un terme à ces maltraitements qui ne sont même pas encore reconnues comme telles.

IV) Vers une médecine féministe

Les scandales éclatent depuis peu – le point du mari en 2014, le toucher vaginal sur patientes endormies en 2015, la suspension des ventes du Mirena, les tribunes très récentes et de plus en plus nombreuses dénonçant les effets secondaires psychiatriques de la pilule contraceptive... –, les personnes de sexe féminin commencent à prendre la parole et à s'exprimer publiquement, les lanceuses d'alerte se multiplient et se réunissent en groupe de témoignages et d'action, la très récente secrétaire d'Etat à l'égalité entre les femmes est les hommes semble sensible au sujet des violences obstétricales... Il semble que la gynécologie soit à l'aube d'un changement à l'initiative principalement de ses usagèr-e-s.

Pendant la préparation de notre travail, nous avons assisté à différents colloques interdisciplinaires, notamment sur la critique féministe des savoirs relatifs à la santé, et sur les maltraitements obstétricaux, au cours desquels nous avons découvert que de nombreuses initiatives étaient déjà prises par certain-e-s usagèr-e-s elleux-mêmes et par quelques soignant-e-s pour ne plus avoir à subir ou à infliger les forfaits que nous avons décrits.

Voici quelques idées que nous avons découvertes et celles que nous proposons pour modifier et refonder la pratique gynécologique afin qu'elle soit bienveillante et donc véritablement efficace.

1. Réinvestir son corps avec l'auto-gynécologie

C'est tout d'abord pour se libérer de l'emprise du discours normatif et de l'attitude dominatrice de la gynécologie à leur égard que certaines personnes de sexe féminin ont initié l'auto-gynécologie, ou *self-help*.

En effet face à une gynécologie pratiquée et enseignée en majorité par des hommes cisgenres, face aux refus de soins ou au contraire aux actes médicaux invasifs abusifs, aux situations insoutenables qu'on les obligeait à endurer, certaines personnes de sexe féminin ont cherché à reconstituer elles-mêmes une connaissance perdue de leur corps et à le partager entre « profanes », de manière à le surveiller et à en prendre soin elles-mêmes. En effet le sexe féminin, l'ovulation, les menstruations, même la grossesse sont des phénomènes physiologiques qui ne nécessitent pas absolument une surveillance professionnelle.

On apprend donc dans ces cercles de *self-help*, à l'aide d'un miroir et d'un spéculum à poser soi-même, à observer l'aspect de sa vulve, à en détecter les odeurs, à différencier les différents types de pertes qui s'écoulent du vagin, leur consistance, leur couleur, on peut regarder et palper la texture le col de son utérus et remarquer son évolution au cours du cycle menstruel pour déterminer les périodes d'ovulation, et se faire des prélèvements vaginaux à envoyer en laboratoire d'analyses dans le cas d'un dépistage ou d'une suspicion d'infection.

De cette manière les personnes se réapproprient leur corps, elles ne dépendent du plus regard ni de la volonté di soignant-e, et reprennent « possession des lieux ».

Le site GynandCo¹, qui a permis aux utilisatrices de recenser les gynécologues et sages-femmes respectueuses et féministes, résume : « *il s'agit de se révolter contre tous ceux qui dénie aux femmes autonomie et liberté de choix. Les médecins, qui s'arrogent le droit de refuser un avortement, une contraception, d'imposer un discours moral sur la sexualité et la maternité, sont une cible privilégiée. Il s'agit désormais de s'attaquer à leur monopole sur la santé et le corps des femmes.* » En effet le *self-help* a débuté en France avec l'action du MLAC (Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception) qui, face aux refus des professionnel-le-s de pratiquer les avortements, ont promu la méthode Karman – une technique d'aspiration du tissu intra-utérin– à pratiquer soi-même. Puis des groupes de personnes de sexe féminin se sont créés au sein desquels les participant-e-s construisaient et partageaient leur savoir. On y milite notamment pour l'auto-

¹ <https://gynandco.wordpress.com/faq/> [disponible en ligne le 15/09/2017]

observation, la démedicalisation de l'accouchement et de la grossesse, et l'auto-pose de dispositif intra-utérin (DIU) – qui semble dangereuse à la plupart des personnes alors qu'elle est promue dans les pays dans lesquels l'accès aux établissements médicaux est difficile : on y met à la disposition des usagèr-e-s des kits d'auto-pose de DIU de manière à ce que toute personne de sexe féminin puisse avoir une contraception.

Aux Etats-Unis, le même mouvement se développe sous l'impulsion du *Women's Health Collective* qui publie en 1971 *Our bodies, Ourselves*, qui est depuis réédité régulièrement.

Il s'agit de reprendre possession de son corps, de le connaître et d'en prendre soin, de « dépathologiser » la sexualité et la maternité, de recouvrer la tutelle de sa sexualité, de réinvestir les lieux dont on a été dépossédé-e.

L'auto-gynécologie, si elle œuvre contre la surmedicalisation et par la même contre le rapt du corps féminin, constitue plutôt un recours possible qu'une modification de la pratique médicale elle-même.

2. Une médecine inclusive et acceptante

La première étape serait de promouvoir une médecine qui prenne en compte toutes les personnes quelles qu'elles soient sans jamais autoriser quelque discrimination ni jugement, de manière à arriver de fait à une véritable égalité dans les soins.

En effet de nombreux critères peuvent être prétextes à discrimination en gynécologie : le fait d'être de sexe féminin pour commencer, mais également le poids, la santé mentale, l'âge, le genre, l'origine ethnique, le handicap physique, le handicap mental, l'orientation sexuelle, les pratiques et comportements sexuels, le désir ou non d'enfant, la situation maritale, le passé médical, le statut social, le niveau d'éducation, la religion...

Pour lutter contre ce comportement soignant qui consiste à modifier son ton, ses pratiques, et donc à avoir une influence sur l'état de santé des usagèr-e-s en fonction de jugements stéréotypés et discriminatoires, le site internet Gynandco.wordpress.com recense les professionnel-le-s de santé féministes, acceptants, et respectueux dans une liste nourrie par les soigné-e-s elleux-mêmes, qui peuvent préciser de nombreux critères tels que « fat-friendly, lgbt-friendly, accessible aux personnes handicapées, examen à l'anglaise, auto-prélèvement, pose de DIU sur nullipares...

Cette attitude d'acceptation, d'humilité qui annihile toute présupposition d'une supériorité morale di soignant-e qui lui permettrait un quelconque jugement favorise une écoute de qualité, or nous avons justement montré les dégâts médicaux que cause le mépris de la parole des soigné-e-s. On ne peut donc qu'attendre d'une telle posture d'acceptance une amélioration significative de la qualité des soins.

Nous préférons le terme « acceptation » à « tolérance » parce que dans ce-dernier il y a l'idée d'une « acceptation malgré » la différence, la complexité, l'effort que cela représente, comme s'il s'agissait d'une faveur que la personne tolérante ferait à la personne tolérée. Il y a dans l'expression le sous-entendu d'une verticalité que nous rejetons ; l'acceptation fait au contraire référence à l'ouverture totale et première face à toutes les possibilités de situations, avant même qu'elles ne se présentent. Il s'agit de ne pas s'octroyer le droit, même inappliqué, de pouvoir juger de la valeur d'une particularité éventuelle qui se présenterait à soi, c'est une attitude d'humilité qui refuse à li professionnel-le une relation autre qu'horizontale avec les usagèr-e-s.

3. Une nouvelle conception de soignant-e

On conçoit donc le soin médical comme un nouveau mode de relation une nouvelle posture de soignant-e qui se dessine

a. Une relation entre deux personnes

Le soin est une relation entre deux personnes sur le mode de l'aide professionnalisée et non une dualité entre deux postures hiérarchisées.

Si l'on part de ce principe, chaque parti est d'office réinvesti de ce qui fait de lui un individu total. Li soigné-e redevient une personne dotée d'une personnalité juridique, d'une dignité, d'une vie, de préoccupations personnelles. Iel n'est pas qu'un être en demande de soins mais, iel est également en attente : iel a le droit et la légitimité d'exiger, non pas nécessairement des résultats thérapeutiques parce que la médecine demeure un art pratique qui, contrairement à une science, est soumis à l'influence d'une infinité de singularités, mais une qualité de la prise en considération, du respect, et des actes médicaux qui aient pour seule source de leur application la bienveillance et la réflexion scientifique. De la même manière le fait d'être soignant-e n'est pas essentialisant : iel est une personne avec ses singularités, dont la profession est de soigner.

Précisément, li soignant-e est un-e professionnel-le, pas un élu investi d'une mission.

b. Soigner est un métier, pas une mission

En effet son métier, s'il est indéniable qu'il confère à li soignant-e un statut social et intellectuel privilégié, ne le fait pas pour autant accéder à un statut différent de l'humanité qui lui permettrait de juger de la valeur d'autrui ni de choisir pour ellui. Li soignant-e est responsable de ce qu'iel fait dans son cabinet, de son comportement face aux usagèr-e-s, de la réponse qu'iel apporte à la demande d'une personne, mais iel ne peut pas s'octroyer la responsabilité de la vie et des décisions de cette personne, même si elles concernent son état physique. Li professionnel-le n'est pas le garant de la santé des usagèr-e-s ; son rôle est d'accompagner les personnes dans la prise en charge responsable de leur propre corps et de les aider lorsque connaissance, initiation et professionnalisme sont requis.

En pratique, les décisions prises à la place des usagèr-e-s et l'évaluation de leur capacité ou non à choisir pour elleux-mêmes est illégitime et contreproductive. Nous l'avons vu à plusieurs reprises notamment en ce qui concerne la contraception des jeunes personnes : le jugement moral et l'imposition d'une méthode contraceptive non choisie mène souvent les usagèr-e-s à abandonner non seulement toute contraception mais également dans certains cas toute consultation gynécologique.

c. Partager le savoir

Par ailleurs, dans la dynamique de réinvestissement de son propre corps et de délégation de la responsabilité de santé au profit des individus directement concernés, li professionnel-le de santé peut participer activement en partageant son savoir. Il ne s'agit pas, bien entendu, de faire de chaque individu un expert de la gynécologie, mais de désacraliser l'outil et l'acte médicaux. La majorité des consultations gynécologiques s'inscrivent dans une démarche de prévention, et non de curation, autrement dit la gynécologie a affaire à de nombreuses usagèr-e-s saine-s. Dans la mesure où il n'y a pas de pathologie, l'expertise n'est pas nécessaire, de sorte qu'il peut être bénéfique de montrer à l'usagèr-e comment observer efficacement sa vulve et son col de l'utérus, et comment interpréter des signes tels que l'odeur, la couleur ou les pertes afin d'être en mesure de détecter soi-même d'éventuels symptômes qui, eux, nécessiteraient l'expertise de soignant-e.

Le savoir gagnerait à être partagé, pour pratiquer une médecine qui soit non seulement plus abordable et moins impressionnante, mais également plus efficace, parce que si l'usagèr-e dispose d'une partie

du savoir et est réinvesti-e de sa légitimité à s'approprier son corps, iel est également réinvesti-e de la légitimité à exiger de la transparence de la part di professionnel-le en ce qui concerne sa santé : les décisions et actes médicaux devront alors toujours avoir une justification. Autrement dit, communiquer par exemple de manière précise sur les méthodes, les intérêts et les recommandations de dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein, c'est impliquer la personne dans la surveillance de sa propre santé et lui remettre la responsabilité de choisir de procéder aux examens ou non ; c'est aussi abandonner les examens inutiles et médicalement infondés, et par extension c'est mettre fin au sentiment d'humiliation et de soumission des personnes de sexe féminin au pouvoir médical, ce qui encore une fois contribue à diminuer le risque d'abandon de consultations.

Conclusion

Ainsi, abandonner le statut traditionnel de soignant-e qui confère au colloque singulier une dualité hiérarchique qui se fait toujours au détriment di soigné-e, c'est lutter contre le rapt médical et organisé du corps féminin, c'est également lutter pour la réappropriation du corps féminin et de la sexualité par les personnes de sexe féminin, et œuvrer pour une gynécologie plus efficace, fondée uniquement sur le savoir médical et la bienveillance, en se détachant de l'emprise de l'héritage sexiste.

CONCLUSION

Ainsi, nous avons pu démontrer que la gynécologie constitue un organe de pouvoir qui participe à discipliner les corps féminins et à surveiller les comportements des personnes de sexe féminin. En effet la perpétuation de pratiques à la fois humiliantes, douloureuses et sans fondements médicaux tels que les examens cliniques réguliers sur les usagèr-e-s asymptomatiques laissent à penser qu'il y a une véritable volonté structurelle de la médecine gynécologique de rendre pathologique une sexualité féminine qui ne l'est pas, au profit d'un pouvoir médical historiquement masculin renforcé par ces pratiques.

De surcroît l'histoire a prouvé à plusieurs reprises comment la volonté de renforcer le patriarcat par des stratégies de véridiction de discours fallacieux a nui à l'élaboration de savoirs médicaux et scientifiques valables concernant la physiologie féminine.

Aujourd'hui encore les personnes de sexe féminin pâtissent du manque d'intérêt de la recherche à l'égard des maladies qui les touchent particulièrement.

La gynécologie, dans sa pratique actuelle en France, renforce les inégalités sociales de santé puisque toute une partie de la population est discriminée sur le critère de son sexe. En effet la médecine appliquée au corps féminin est de moindre qualité : elle perpétue des traditions injustifiées et inflige régulièrement des traitements interdits par la loi aux usagèr-e-s qui, en réaction aux humiliations physiques et psychologiques subies, renoncent parfois à consulter.

Pour se départir véritablement de l'influence du sexisme sur la gynécologie il faut donc repenser la relation de soin et la posture soignante pour qu'elle ne permette plus à li professionnel-le de santé de prendre une position de supériorité hiérarchique qui l'autoriserait à adopter un comportement différent en fonction du jugement qu'iel pose sur les soigné-e-s, jugement qui se fait toujours au détriment des personnes de sexe féminin.

Ajoutons pour finir que très peu de plaintes sont déposées – seulement 2% parmi les personnes ayant subi des violences gynécologiques, selon notre enquête –, et parmi elles rares sont celles qui aboutissent à un jugement en la faveur de l'usagèr-e. Le CIANE (collectif inter-associatif autour de la naissance) conseille cependant de ne pas hésiter à porter plainte, même si l'affaire est vouée à être classée, pour forcer les représentants de la loi à prendre connaissance de cette parole dénonciatrice.

Les personnes de sexe féminin sont en souffrance et font preuve d'une véritable volonté de s'exprimer. En effet de nombreux lieux destinés à recueillir les témoignages sont créés, c'est par exemple le cas des sites Internet jenaipasconsenti.tumblr.com, payetongyneco.tumblr.com et Stop à l'impunité des violences obstétricales. Le fait que 12 000 personnes aient répondu à notre enquête en une semaine et demie alors qu'elle n'a été diffusée que sur des réseaux sociaux non-officiels est la preuve du bouillonnement de ces voix qui ne demandent qu'à jaillir, et qui méritent d'être prises en considération. C'est pourquoi je souhaite continuer de travailler sur le sujet. Les usagèr-e-s de la

gynécologie ont besoin d'une parole plus officielle que celle des témoignages anonymes disséminés sur la toile, c'est ce que je souhaite leur offrir, de manière plus appuyée encore grâce à un travail de thèse.

La conception de ce mémoire a effectivement été un véritable plaisir intellectuel, elle a été menée avec passion. C'est pourquoi je souhaite approfondir mes recherches en me documentant encore plus, envisager plus précisément l'importance des autres critères de l'action médicale tels que l'économie ou le poids de la tradition, étudier des champs plus nombreux et plus précis de la gynécologie et de l'obstétrique, envisager l'argumentation du personnel soignant, et découvrir et concevoir plus précisément des solutions pour mettre fin à l'influence du sexisme sur la pratique gynécologique et remédier à son impact.

BIBLIOGRAPHIE

- « Petit dico de français neutre/inclusif » <http://uniqueensongenre.eklablog.fr/petit-dico-de-francais-neutre-inclusif-a120741542> [disponible en ligne le 11/09/2017]

I) La médecine sexiste

- Introduction à Michel Foucault, Jean-François Bert, éditions La Découverte, collection Repères, Paris, 2011, ISBN 978-2-7071-5585-6, 125pp
- Comprendre Foucault, Jean-Clet Martin, éditions Max Milo, collection Comprendre/essai graphique, Paris, 2014, ISBN 978-2-315-00609-0, 139 pp
- Naissance de la clinique, Michel Foucault, éditions puf, collection Quadrige, Paris, 1^{ère} édition 1963, 9^{ème} édition 2015, ISBN 978-2-13-065197-0, 287 pp
- Histoire de la folie à l'âge classique, Michel Foucault, éditions Gallimard, collection tel, 1^{ère} édition 1972, 1^{er} dépôt légal dans la collection 1976, impression à Saint-Amand en 1998, ISBN 2-07-029582-6, 688 pp
- « Auteur, auteure ou autrice ? » Audrey Alwett, 22.02.2016 ; [disponible en ligne le 13.09.2017] <http://www.audreyalwett.com/auteur-auteure-ou-autrice/>
- « Le mot "autrice" vous choque-t-il ? », Agnès Giard, mis à jour le 05.06.2015 ; <http://sexes.blogs.liberation.fr/2015/05/31/le-mot-autrice-vous-choque-t-il/> [disponible en ligne le 13.09.2017]
- La femme pendant la période menstruelle, *Etude de psychologie morbide et de médecine légale* ; Séverin Icard, édition Félix Alcan, Paris, 1890, 278 pp
- Functional periodicity, *An experimental study of the mental and motor abilities of women during menstruation* ; Leta Stetter Hollingworth, Teachers College, Columbia University, New York City, 1914, 99 pp

- « The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles », Emily Martin, *Signs*, 16:3 (1991:Spring) p.485 [disponible en ligne le 13.09.2017] <http://anthropology.msu.edu/anp201/files/2011/06/201-3-The-Egg-and-the-Sperm-by-Emily-Martin-1991.pdf>
- *Quand ça va, quand ça va pas, Leur corps expliqué aux enfants (et aux parents !)*, Michel Cymès et Laure Monloubou, Clochette Eds, 02.03.2017, ISBN 1091965390, 51 pp
- *Le sexe des maladies, L'impact méconnu des différences hommes/femmes sur votre santé : comment en tirer profit ?* ; Peggy Sastre, préface de Martin Winckler, éditions Favre, 2014, Lausanne, ISBN 978-2-8289-1435-6, 217 pp

II) La spécificité de la gynécologie dans la société

- Culture du traumatisme autour de l'IVG : un enjeu social et politique ; 19/12/2013 ; 20èmes journées de l'ANCIC – 15 et 16 novembre 2013. Table ronde n°2 : sortir de la détresse sur l'IVG. Intervention n°4, Gaëlle-Marie Zimmermann : « Lutter contre la culture du traumatisme autour de l'IVG : un enjeu social et politique » [disponible en ligne le 15.09.2017] <http://www.acontrario.fr/2013/12/19/culture-traumatisme-ivg-enjeu-social-politique/>
- Si nous restons des salopes, c'est à cause de vous ; MéliSSa Bounoua et Louise Tourret ; 02.12.2016, mis à jour le 02.12.2016 [disponible en ligne le 15.0.2017] <http://www.slate.fr/story/130127/salopes-avortement>
- Aide-mémoire n°351, Contraception et planification familiale, OMS, 07.2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/> [disponible en ligne le 15.09.2017]
- Le nerf pudendal, <http://www.pudendalsite.com/le-nerf-pudendal.php> [disponible en ligne le 15.09.2017]
- Le Robert, Dictionnaire Historique de la langue française, sous la direction de Alain de Rey
- Grand dictionnaire étymologique & historique du français -- [Jean Dubois, Henri Mitterand, Albert Dauzat] ; Paris, Larousse ; 2011 ; 1254 pp ; ISBN 978-2-03-585303-5
- « Une étymologie pour η κλειτορίς, ίδος, le clitoris ? », Jean-Victor Vernhes, 10.07.2014 [disponible en ligne le 15.09.2017] <http://ch.hypotheses.org/976>
- « The Racist and Sexist History of Keeping Birth Control Side Effects Secret » ; Bethy Squires ; 17.10.2016 ; [disponible en ligne le 15.09.2017] https://broadly.vice.com/en_us/article/the-racist-and-sexist-history-of-keeping-birth-control-side-effects-secret
- Code de la Santé Publique

- « Stérilet et nulliparité : des préjugés à la réalité », Ch Quéreux, La Lettre du Gynécologue, n°237, décembre 1998
- « Représentations des femmes nullipares concernant la contraception par dispositif intra-utérin : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés » ; Marie-Anne Senant, Claire Simonot ; Médecine humaine et pathologie ; 2013 ; <dumas-00925778>
- Site de la Haute Autorité de Santé, www.has-sante.fr
- « Déclaration de l'IMAP sur les dispositifs intra-utérins », Bulletin médical de l'IPPF ; Vol 37, n°2, Avril 2003, ISSN 0306-7815
- Code Pénal
- Site de l'Organisation Mondiale de la Santé, www.who.int
- « Prescription des arrêts de travail post IVG par les sages-femmes : le Syngof dénonce les risques qu'un tel décret fait peser sur les femmes en entretenant la confusion sur leur suivi médical » ; Bertrand de ROCHAMBEAU, Président du SYNGOF ; 13.06.2016 ; [disponible en ligne le 15.09.2017] <http://syngof.fr/communiqués-presse/prescription-des-arrets-de-travail-post-ivg-par-les-sages-femmes/>
- « De la misogynie du Syndicat des Gynécologues et Obstétriciens de France » ; Marie-Hélène Lahaye ; 20.06.2016 ; [disponible en ligne le 15.09.2017] <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2016/06/20/de-la-misogynie-du-syndicat-des-gynecologues-et-obstetriciens-de-france/>

III) Injonctions sexistes et conséquences directes sur la pratique

- « Association of Hormonal Contraception With Depression » ; Charlotte Wessel Skovlund, Lina Steinrud Mørch, Lars Vedel Kessing ; Novembre 2016 [disponible en ligne le 15.09.2017] <http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2552796>
- « Factors predicting mood changes in oral contraceptive pill users » ; Ghodrattollah Shakerinejad, Alireza Hidarnia, Mohammad Esmail Motlagh, Khodabakhsh Karami, Shamsoddin Niknami, and Ali Montazeri ; 09.09.2013 [disponible en ligne le 15.09.2017] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3844635/>
- « Ne pas croire ce que disent les patient.e.s est une attitude antiscientifique et contraire à l'éthique. C'est aussi une posture de classe. » ; Martin Winckler, 19.06.2016 ; [disponible en ligne le 15.09.2017] ; <https://ecoledessoignants.blogspot.fr/2016/06/ne-pas-croire-ce-que-disent-les.html>

- « How doctors take women's pain less seriously » ; Joe Fassler ; 15.10.2015 [disponible en ligne le 15.09.2017] ; <https://www.theatlantic.com/health/archive/2015/10/emergency-room-wait-times-sexism/410515/>
- « The Girl who cried in pain, A bias against women in the treatment of pain », Diane E. Hoffmann, Associate Dean & Professor, University of Maryland School of Law, and Anita J. Tarzian, Professor, U. of Maryland Baltimore County, 2002, [disponible en ligne le 15.09.2017] https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=383803
- Le périnée féminin douloureux, *Manuel de Prise en Charge Globale Pour les patientes et leurs thérapeutes*, « Le Fil d'Ariane » ; Martine Grimaldi, préfacé par Pierre Marès, éditions SAURAMPS MEDICAL, Gémenos, 2014, ISBN 978-2-84023-986-4, 127 pp
- <http://www.pudendalsite.com/index.php>
- « La névralgie pudendale, De la clinique à la thérapeutique » ; cours de C. DESTEE-HANCART, E.PONCELET, J.P. LUCOT, P. CHASTANET, A. COTTEN et X. DEMONDION ; CHRU de Lille
- La piqûre de trop ?, *Pourquoi vaccine-t-on les jeunes filles contre le cancer du col de l'utérus ?*; Catherine Riva et Jean-Pierre Spinoso, Préfaces de Abby Lippman et Martin Winckler, éditions Xenia, 2010, Vevey, Suisse, ISBN 978-2-88892-090-8, 245 pp
- « Le point du mari », Isabelle Alonso ; 21.03.2014 ; [disponible en ligne le 15.09.2017] <http://www.isabelle-alonso.com/le-point-du-mari/>
- « Influence d'une forte diminution du recours à l'épisiotomie sur le taux global de périnée intact et peu lésionnel dans une population d'une maternité de niveau III » ; M. Chehab, M. Courjon, A. Eckman-Lacroix, R. Ramanah, R. Maillet, D. Riethmuller ; 30.07.13 [disponible en ligne le 15.09.2017] <http://www.em-consulte.com/article/825307/alertePM>
- « ACCOUCHEMENT DANS L'EAU: CATHERINE FONCK NE CONNAIT PAS LES DROITS DES PATIENTES » ; Plateforme pour une naissance respectée, mai 2016 ; [disponible en ligne le 15.09.2017] ; <http://www.naissancerespectee.be/?p=586>
- L'examen gynécologique des jeunes femmes : un droit de cuissage moderne ; Marie-Hélène Lahaye ; 06.10.2016 ; [disponible en ligne le 15.09.2017] <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2016/10/06/lexamen-gynecologique-des-jeunes-femmes-un-droit-de-cuissage-moderne/>
- Histoire de la pudeur, Jean-Claude Bologne ; éditions Olivier Orban ; 1986, ISBN 2-85565-326-6 ; 375pp

ANNEXES

ANNEXE I

Proposition de grammaire inclusive

<http://uniqueensongenre.eklablog.fr>

Mots	Masculin	Féminin	Neutre	Inclusif
Articles définis/COD	le	la	lo / lu	li / lia
Articles indéfinis	un	une	um / o	unæ [un-ne]
Articles partitifs	du	de la	do	di
Pronoms sujets	il	elle	ille ul / ol im / em / iem æ / ael / aël i eul ya am / um / om ax / ux / ox	iel (yel)
Pronoms compléments	lui	elle	ille / ul / im / ...	ellui / iel
	eux	elles	eus	euxes / elleux
Déterminants possessifs	mon / ton / son	ma / ta / sa	man / tan / san	maon / taon / saon
Pronoms possessifs	mien	mienne	miem	miæn [mien-ne]
Déterminants démonstratifs	cet / ce	cette	cet / cès	cet / cèx (glamour ^^)
	celui	celle	cille / çul / cim / ...	célui (cellui) / ciel (cyel)
	ceux	celles	ceus	ceuxes / celleux

<http://uniqueensongenre.eklablog.fr>

Mots	Masculin	Féminin	Neutre	Inclusif
fil / fille – garçon / fille	fil / garçon	fil / fille	fim	fi
femme / homme	homme	femme	?	fomme
relations fraternelles	frère	soeur	freum/ adelphe (du grec)	froeur
parents	Père ; Papa	Mère ; Maman	Parent ; Mapa / Paman / Baba...	Parent ; Mapa
Titres de civilité	Monsieur (M)	Madame (Mme)	Damoixe, damoixe, damixe (Dmx)	Mixe (Mx)

Mots	Masculin	Féminin	Neutre	Inclusif
Masculin avec pluriel en « eux »	eux nombreux beau nouveau	euses nombreuses belle nouvelle	eus nombreus beaus nouveaus	euxe nombreuses beaux / belleau nouveaux / nouvelleau
eur/ice	eur créateur	ice créatrice	eus / tron créateus / créatron	eu / eurice créateu / créateurice
eur/euse	eur joueur	euse joueuse	eus / eux joueus / joueuse	eu / eux joueu / joueuse
eux / euse	eux heureux	euse heureuse	eus / eux heureus / heureuse	euxe heureuxe
oux / ouse	oux jaloux	ouse jalouse	ous / ouxe jalous / jaloux	ouxe jaloux
us / use	us confus	use confuse	usse (ou us en disant le s) confusse	uxe confuxe
âtre / esse	racine maître	esse maîtresse	em maître	exe maître
on / onne on / agne	on mignon compagnon	onne mignonne compagne	om / ons [onsse] mignom / mignonsse compagnom / compagnonsse	onx mignonx compagnonx
f / ve	f bref craintif	ve brève craintive	s bres craintis	x / fve brex / brefve craintix / craintrifve
ien / ienne	ien musicien	ienne musicienne	iem musiciem	æn [un-ne] musiciæn
in / ine	in malin copain	ine maline copine	im / ins malim / malins copim / copins	ix / inx malix / malinx copix / copinx / copaine
ent / ente and / ande	ent, and content grand	ente, ande contente grande	ens contens grans	enx contenx granx
it / ite	it petit	ite petite	is / im petis / petim	ix petix
er / ère	er jardinier	ère jardinière	ér [ier-re] jardiniér	racine jardini
il / ille	il gentil	ille gentille	is gentis	ile gentile

<http://uniqueensongenre.eklablog.fr>

« Manifeste des 343 », Le Nouvel Observateur, 05 avril 1971

Avortement

UN APPEL DE 343 FEMMES

Un million de femmes se font avorter chaque année en France.

Elles le font dans des conditions dangereuses en raison de la clandestinité à laquelle elles sont condamnées, alors que cette opération, pratiquée sous contrôle médical, est des plus simples.

On fait le silence sur ces millions de femmes.

Je déclare que je suis l'une d'elles. Je déclare avoir avorté.

De même que nous réclamons le libre accès aux moyens anticonceptionnels, nous réclamons l'avortement libre (1).

SIGNATURES

J. ABBA-SIDICK
Janita ABDALLEH
Monique ANFREDON
Catherine ARDITI
Maryse ARDITI
Hélène ARGELLIES
Françoise ARNOUL
Florence ASIE
Isabelle ATLAN
Brigitte AUBER
Stéphane AUDRAN
Colette AUDRY
Tina AUMONT
L. AZAN
Jacqueline AZIM
Micheline BABY
Geneviève BACHELIER
Cécile BALLIF
Néna BARATIER
D. BARD
E. BARDIS
Anne de BASCHER
C. BATINI
Chantal BAULLIER
Hélène de BEAUVOIR
Simone de BEAUVOIR
Colette BEC
M. BEDIJ
Michèle BEDOS
Anne BELLEC
Lolèh BELLON
Edith BENOIST
Anita BENOIT
Aude BERGIER
Dominique BERNABE
Jocelyne BERNARD
Catherine BERNHEIM
Nicole BERNHEIM
Tania BESCOMD
Jeannine BEYLOT
Monique BIGOT
Fabienne BIGUET
Nicole BIZE
Nicole de BOISSANGER
Valérie BOISGEL
Y. BOISSAIRE
Silvina BOISSONNADE
Martine BONZON
Françoise BOREL
Ginette BOSSAVIT
Olga BOST
Anne-Marie BOUGE
Pierrette BOURDIN
Monique BOURROUX
Bénédictine BOYSSON-BARDIES
M. BRACONNIER-LECLERC
M. BRAUN
André BRU MEAUX
Dominique BRU MEAUX
Marie-Françoise BRU MEAUX
Jacqueline BUSSET
Françoise de CAMAS
Anne CAMUS
Ginette CANO
Ketty CENEL
Jacqueline CHAMBORD

Josiane CHANEL
Danièle CHINSKY
Claudine CHONEZ
Martine CHOSSON
Catherine CLAUDE
M. Louise CLAVE
Françoise CLAVEL
Iris CLERT
Geneviève CLUNY
Annie COHEN
Florence COLLIN
Anne CORDONNIER
Anne CORNALY
Chantal CORNIER
J. CORVISIER
Michèle CRISTOFARI
Lydia CRUSE
Christiane DANCOURT
Hélène DARAKIS
Françoise DARDY
Anne-Marie DAUMONT
Anne DAUZON
Martine DAYEN
Catherine DECHEZELLE
Marie DEDIEU
Lise DEHARME
Claire DELPECH
Christine DELPHY
Catherine DENEUVÉ
Dominique DESANTI
Geneviève DESCHAMPS
Claire DESHAYES
Nicole DESPINEY
Catherine DEUDON
Sylvie DIARTE
Christine DIAZ
Arlette DONATI
Gilberte DOPPLER
Danièle DREVET
Evelyne DROUX
Dominique DUBOIS
Muguette DUROIS
Dolorès DUBRANA
C. DUFOUR
Elyane DUGNY
Simone DUMONT
Christiane DUPARC
Pierrette DUPERRAY
Annie DUPUIS
Marguerite DURAS
Françoise d'EAUBONNE
Nicole ECHARD
Isabelle EINH
Myrtho ELFORT
Danièle EL-GHARBAQUI
Françoise ELIE
Arlette ELKAIM
Barbara ENU
Jacqueline d'ESTREE
Françoise FABIAN
Anne FABRE-LUCE
Annie FARGUE
J. FOLIOT
Brigitte FONTAINE
Antoinette FOUQUE-GRUGNARD
Éléonore FRIEDMANN
Françoise FROMENTIN
J. FRUHLING
Danièle FULGENT
Madeleine GABULA
Yamina GACON
Luce GARCIA-VILLE
Monique GARNIER
Micha GARRIGUE
Geneviève GASSEAU

Geneviève GAUBERT
Claude GENIA
Elyane GERMAMIN-HORELLE
Dora GERISCHENFELD
Michèle GIRARD
F. GOGAN
Hélène GONIN
Claude GORODESKY
Marie-Luce GORSE
Dorah GORVIER
Martine GOTTLIB
Rosine GRANGE
Rosemonde GROS
Valérie GROSSARD
Lise GRUNDMAN
A. GUERAND-HERMES
Françoise de GRUSON
Catherine GUYOT
Gisèle HALIMI
Herta HANSMANN
Noëlle HENRY
M. HERY
Nicole HIGELIN
Dorinne HORST
Raymond HUBSCHMID
Y. IMBERT
L. JALIN
Catherine JOLY
Colette JOLY
Yvette JOLY
Hermine KARAGHEUZ
Ugne KARVELIS
Katia KAUPP
Nanda KERIEN
F. KORIN
Hélène KOSTOFF
Marie-Claire LABIE
Myriam LABORDE
Anne-Marie LAFAURIE
Bernadette LAFONT
Michèle LAMBERT
Monique LANGE
Maryse LAPERGUE
Catherine LARNICOL
Sophie LARNICOL
Monique LASCAUX
M.-T. LATREILLE
Christiane LAURENT
Françoise LAVALLARD
G. LE BONNIEC
Danièle LEBRUN
Annie LECLERC
M.-France LE DANTEC
Colette LE DIGOL
Valérie LEDUC
Martine LEDUC-AMEL
Françoise LE FORESTIER
Michèle LEGLISE-VIAN
M. Claude LEJAILLE
Mireille LELIEVRE
Michèle LEMONNIER
Françoise LENTIN
Joëlle LEQUEUX
Emmanuelle de LESSEPS
Anne LEVAILLANT
Dona LEVY
Irène LHOMME
Christine LLINAS
Sabine LODS
Marceline LORIDAN
Edith LOSER
Françoise LUGAGNE
M. LYLEIRE
Judith MAGRE
C. MAILLARD

Michèle MANCEAUX
Bona de MANDIARGUES
Michèle MARQUAIS
Anne MARTELLE
Monique MARTENS
Jacqueline MARTIN
Milka MARTIN
Renée MARZUK
Colette MASBOU
Celia MAULIN
Liliane MAURY
Edith MAYEUR
Jeanné MAYNIAL
Odile du MAZAUBRUN
Marie-Thérèse MAZEL
Gaby MEMMI
Michèle MERITZ
Marie-Claude MESTRAL
Maryvonne MEURAUD
Joaïne MEYER
Pascale MEYNIER
Charlotte MILLAU
M. de MIROSKODJI
Geneviève MNICH
Ariane MNOUCHKINE
Colette MOREAU
Jeanné MOREAU
Nelly MORENO
Michèle MORETTI
Lydia MORIN
Mariane MOULERGUES
Liane MOZERE
Nicole MUCHNIK
C. MUFFONG
Véronique NAHOUM
Éliane NAVARRO
Henriette NIZAN
Lila de NOBILI
Bulle OGIER
J. OLENA
Janine OLIVIER
Wanda OLIVIER
Yvette ORENGO
Iro OSHIER
Gege PARDO
Elisabeth PARGNY
Jeanne PASQUIER
M. PELLETIER
Jacqueline PEREZ
M. PEREZ
Nicole PERROTTET
Sophie PIANKO
Odette PICQUET
Marie PILLET
Elisabeth PIMAR
Marie-France PISIER
Olga POLIAKOFF
Danièle POUX
Micheline PRESLE
Anne-Mari QUAZZA
Marie-Christine QUESTERBERT
Susy RAMBAUD
Gisèle REBILLION
Gisèle REBOUL
Arlette REINERT
Ariette REPART
Christiane RIBEIRO
M. RIBEYROL
Delya RIBES
Marie-Françoise RICHARD
Suzanne RIGAIL-BLAISE
Marcelle RIGAUD
Laurence RIGAUT
Danièle RIGAUT
Danielle RIVA

M. RIVA
Claude RIVIERE
Marthe ROBERT
Christiane ROCHEFORT
J. ROGALDI
Chantal ROGEON
Francine ROLLAND
Christiane RORATO
Germaine ROSSIGNOL
Hélène ROSTOFF
G. ROTH-BERNSTEIN
C. ROUSSEAU
Françoise ROUTHIER
Danièle ROY
Yvette RUDY
Françoise SAGAN
Rachel SALIK
Renée SAUREL
Michèle SCHILTZ
Lucie SCHMIDT
Scania de SCHONEN
Monique SELIM
Liliane SENDYKE
Claudine SERRE
Colette SERT
Jeanine SERT
Catherine de SEYNE
Delphine SEYRIG
Sylvie SFEZ
Liliane SIEGEL
Annie SINTUREL
Michèle SIROT
Michèle STEMER
Cécile STERN
Alexandre STEWART
Gaby SYLVIA
Francine TABET
Danièle TARDREW
Anana TERRAMORSI
Arlette TETHANY
Josée THEVENET
Marie-Christine THEURKAUFF
Constance THIBAUD
Rosey THIBAUT
Jossy THIERRY
Suzanne THIVIER
Sophie THOMAS
Nadine TRINTIGNANT
Irène TUNIC
Tyc DUMONT
Marie-Pia VALLET
Agnès VAN-PARYS
Agnès VARDA
Catherine VARLIN
Patricia VAROD
Cleuza VERNIER
Ursula VIAN-KUBLER
Louise VILLAREAL
Marina VLADY
A. WAJNALT
Jeannine WEIL
Anne WIAZEMSKY
Monique WITTIG
Josée YANNE
Catherine YOVANOVITCH
Annie ZELENSKY

(1) Parmi les signataires, des militantes du « Mouvement de Libération des Femmes » réclament l'avortement libre et GRATUIT.

Pour l'envoi des signatures, écrire à B.P. : F.M.A. 370.13 Paris.

ANNEXE III

Tableau de présentation des différentes méthodes contraceptives,
OMS, Aide-mémoire n°351, Juillet 2017

Méthodes contraceptives

Méthodes modernes

Méthode	Description	Comment elle fonctionne	Efficacité pour prévenir les grossesses	Observations
Contraceptifs oraux et combinés (COC) ou «pilule»	La pilule contient deux hormones (un œstrogène et un progestatif).	Elle empêche la libération des ovocytes des ovaires (l'ovulation).	>99% moyennant une utilisation correcte et régulière 92% telle qu'elle est utilisée couramment	Elle réduit le risque de cancer de l'endomètre ou des ovaires.
Pilule progestative ou «pilule minidosée»	Elle ne contient qu'un progestatif et pas d'œstrogène.	Elle épaissit la glaire cervicale, ce qui empêche les spermatozoïdes et l'ovule de se rencontrer, et elle empêche aussi l'ovulation.	99% moyennant un usage correct et régulier 90-97% telle qu'elle est utilisée couramment	Peut être utilisée pendant l'allaitement; elle doit être prise au même moment chaque jour.
Implants	De petits bâtonnets ou capsules souples qui sont placés sous la peau dans la partie supérieure du bras; ils contiennent uniquement un progestatif.	Elle épaissit la glaire cervicale, ce qui empêche les spermatozoïdes et l'ovule de se rencontrer, elle empêche aussi l'ovulation.	>99%	Un agent de santé doit insérer et retirer l'implant; il est efficace pendant 3 à 5 ans, selon le type d'implant; des saignements vaginaux irréguliers sont fréquents mais sans conséquence pour la santé.

Méthode	Description	Comment elle fonctionne	Efficacité pour prévenir les grossesses	Observations
Contraceptifs injectables à progestatifs seuls	Une injection intramusculaire tous les 2 ou 3 mois, selon le produit.	Elle empêche la libération des ovocytes des ovaires (l'ovulation).	>99% moyennant un usage correct et régulier 97% telle qu'elle est utilisée couramment	Délai avant le retour de la fécondité (1 à 4 mois) après arrêt; saignements vaginaux irréguliers fréquents, mais sans conséquence pour la santé.
Contraceptifs injectables mensuels ou contraceptifs injectables combinés	Administrés par injection intramusculaire mensuelle, ils contiennent un œstrogène et un progestatif	Ils épaississent la glaire cervicale, ce qui empêche les spermatozoïdes et l'ovule de se rencontrer et empêche l'ovulation.	>99% moyennant un usage correct et régulier 97% telle qu'elle est utilisée couramment	Des saignements vaginaux irréguliers sont fréquents, mais sans conséquence pour la santé
Patch contraceptif combiné et anneau contraceptif combiné intravaginal	Deux hormones sont libérés en continu (un progestatif et un œstrogène) directement à travers la peau (patch) ou depuis l'anneau.	Elle empêche la libération des ovocytes des ovaires (l'ovulation).	Le patch et l'anneau sont des méthodes nouvelles et les recherches sur leur efficacité sont limitées. Les études d'efficacité révèlent que ces méthodes pourraient être plus efficaces que les COC, aussi bien en cas d'utilisation courante qu'en cas d'utilisation correcte et régulière.	Par rapport aux COC, le profil pharmacocinétique et d'innocuité du patch et de l'anneau présente des formulations hormonales semblables.
Dispositif intra-utérin (DIU) (ou	Petite armature flexible en plastique,	Le composant en cuivre endommage les	>99%	Des règles plus longues et plus abondantes au

Méthode	Description	Comment elle fonctionne	Efficacité pour prévenir les grossesses	Observations
stérilet) au cuivre	partiellement recouverte d'un fil ou de manchons en cuivre, qui est insérée dans l'utérus	spermatozoïdes et empêche la rencontre avec l'ovule.		cours des premiers mois d'utilisation sont fréquentes mais sans conséquence pour la santé; il peut aussi être utilisé en tant que méthode contraceptive d'urgence.
Dispositif intra-utérin (DIU) (ou stérilet) au lévonorgestrel	Une armature en plastique en forme de T insérée dans l'utérus qui libère régulièrement de petites quantités de lévonorgestrel chaque jour.	Supprime l'épaississement du revêtement de l'utérus (endomètre).	>99%	Avec le temps, cette méthode réduit la quantité de sang perdue lors des menstruations. Elle limite également les crampes menstruelles et les symptômes de l'endométriose. Elle entraîne une aménorrhée (absence de saignement menstruel) chez une partie des utilisatrices.
Préservatifs masculins	Capuchon ou fourreau conçu pour recouvrir le pénis en érection de l'homme	Il forme un obstacle qui empêche le sperme de pénétrer dans le vagin	98% moyennant un usage correct et régulier 85% telle qu'elle est utilisée couramment	Il protège aussi contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH.
Préservatifs féminins	Fourreau souple muni d'un anneau à chaque extrémité qui se place dans le vagin de la femme; il est constitué d'un	Il forme un obstacle et empêche les spermatozoïdes et l'ovule de se rencontrer	90% moyennant un usage correct et régulier 79% telle qu'elle est utilisée couramment	Il protège aussi contre les infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH

Méthode	Description	Comment elle fonctionne	Efficacité pour prévenir les grossesses	Observations
	film en plastique fin et transparent			
Stérilisation masculine (vasectomie)	Contraception permanente qui consiste à obturer ou couper les canaux déférents qui transportent les spermatozoïdes des testicules jusqu'au pénis	Empêche les spermatozoïdes de se mêler au sperme qui sera éjaculé	97-98% sans examen de sperme	3 mois d'attente avant qu'elle ne soit efficace, c'est-à-dire tant que le sperme continue à contenir des spermatozoïdes; elle n'affecte pas la performance sexuelle masculine; il est indispensable que le choix de cette méthode soit volontaire et fait en toute connaissance de cause
Stérilisation féminine (ligature des trompes)	Contraception permanente qui consiste à obturer ou couper les trompes de Fallope	Les ovules ne peuvent pas se déplacer et ne peuvent donc pas rencontrer les spermatozoïdes	>99%	Il est indispensable que le choix de cette méthode soit volontaire et fait en toute connaissance de cause
Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)	Méthode de contraception temporaire pour les mères qui n'ont pas encore eu leur retour de couches; la mère doit pratiquer l'allaitement exclusif, jour et nuit, et son bébé doit avoir moins de six mois.	Empêche la libération des ovules des ovaires (ovulation)	99% moyennant un usage correct et régulier 98% telle qu'elle est utilisée couramment	Une méthode de planification familiale temporaire basée sur l'effet naturel de l'allaitement sur la fécondité
Contraception d'urgence (lévonorgestrel 1,5 mg)	Pilule contenant uniquement un progestatif qui permet de prévenir la grossesse si elle est prise dans les	Elle empêche l'ovulation	Si 100 femmes utilisaient une contraception d'urgence contenant uniquement un progestatif,	Elle ne nuit pas à une grossesse existante

Méthode	Description	Comment elle fonctionne	Efficacité pour prévenir les grossesses	Observations
	5 jours après des rapports sexuels non protégés.		une grossesse se produirait probablement.	
Méthode des jours fixes ou MJF	Les femmes surveillent leurs périodes fertiles (habituellement des jours 8 à 19 de chaque cycle de 26 à 32 jours) à l'aide du collier «Cycle Beads» ou de tout autre outil.	Elle prévient les grossesses en évitant les relations sexuelles non protégées avec pénétration vaginale pendant la plupart des jours fertiles.	95% en cas d'utilisation correcte et régulière.	Cette méthode peut être utilisée pour déterminer les jours fertiles aussi bien par les femmes qui souhaitent tomber enceintes que par celles qui souhaitent éviter une grossesse.
			88% dans la pratique courante (Arevalo et al., 2002).	Une utilisation correcte et régulière exige la coopération du partenaire.
Méthode de la température basale	La femme prend sa température à la même heure chaque matin avant de se lever, à la recherche d'une augmentation de 0,2 à 0,5 °C.	Elle prévient les grossesses en évitant les relations sexuelles non protégées avec pénétration vaginale pendant les jours fertiles.	99% d'efficacité en cas d'utilisation correcte et régulière.	Si la température basale a augmenté et est restée élevée pendant trois jours complets, l'ovulation a eu lieu et la période fertile est terminée. Les relations sexuelles peuvent reprendre au 4 ^e jour, jusqu'aux menstruations suivantes.
			75% d'efficacité des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité dans la pratique courante (Trussell, 2009).	

Méthode	Description	Comment elle fonctionne	Efficacité pour prévenir les grossesses	Observations
Méthode des deux jours	La femme surveille ses périodes fertiles en observant la présence de glaire cervicale (quelle que soit sa couleur ou sa consistance).	Elle prévient les grossesses en évitant les relations sexuelles non protégées avec pénétration vaginale pendant la plupart des jours fertiles.	96% d'efficacité en cas d'utilisation correcte et régulière.	Cette méthode est difficile à utiliser si la femme présente une infection vaginale ou une autre affection modifiant la glaire cervicale. Les relations sexuelles non protégées peuvent reprendre après deux jours consécutifs sans sécrétions.
			86% dans la pratique habituelle ou courante (Arevalo, 2004).	
Méthode sympto-thermique	La femme surveille ses périodes fertiles en observant l'évolution de sa glaire cervicale (texture claire), sa température (légère augmentation) et la consistance du col de l'utérus (ramollissement).	Elle prévient les grossesses en évitant les relations sexuelles non protégées avec pénétration vaginale pendant la plupart des jours fertiles.	98% d'efficacité en cas d'utilisation correcte et régulière.	Cette méthode doit être utilisée avec précaution après un avortement, autour de la ménarche ou de la ménopause, ainsi que dans les situations où la température peut augmenter.
			98% d'efficacité déclarée dans la pratique courante (Manhart et al., 2013).	

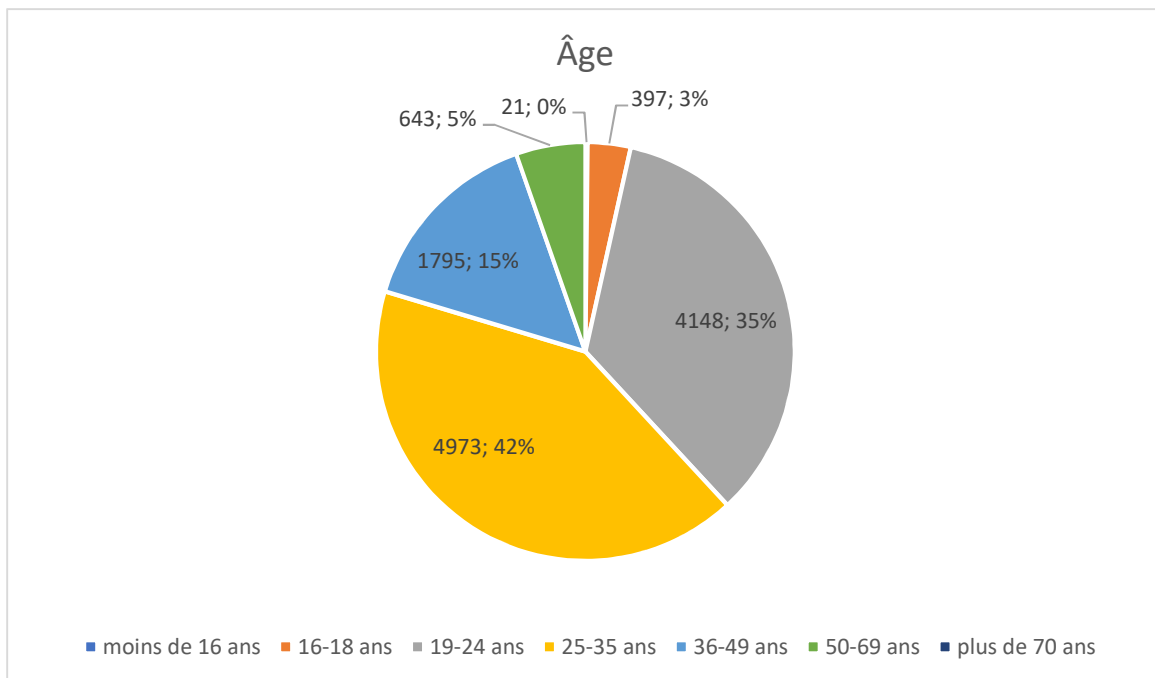
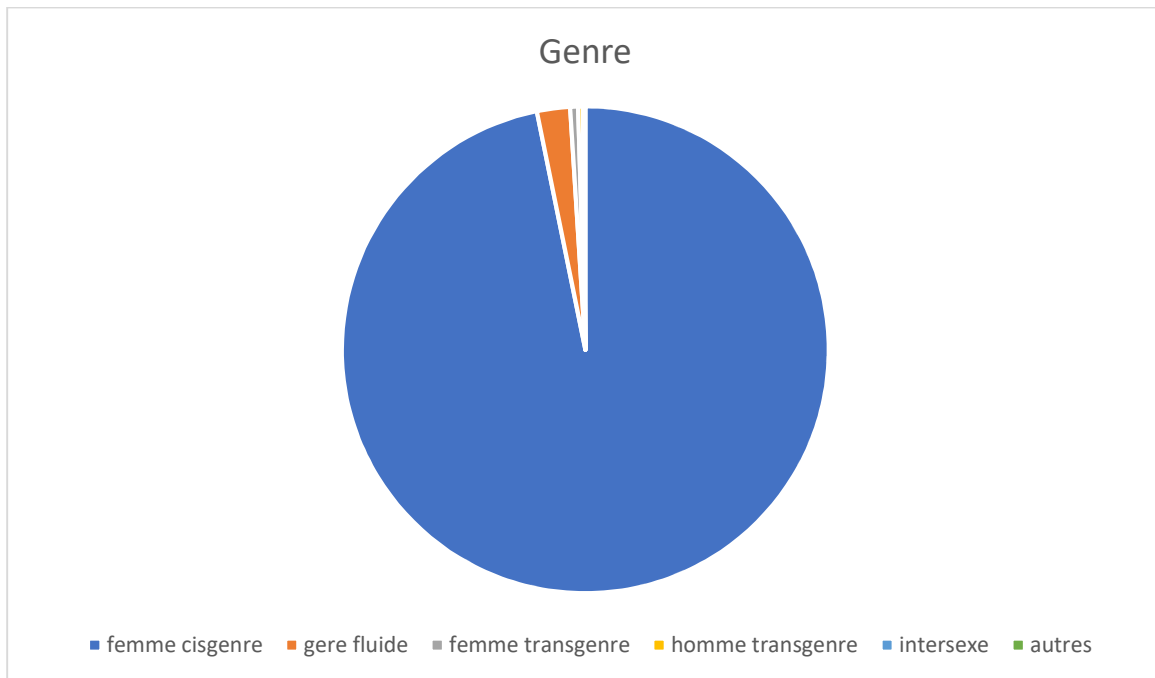
Méthodes traditionnelles

Méthode	Description	Comment elle fonctionne	Efficacité pour prévenir les grossesses	Observations
Méthode du calendrier ou méthode du rythme	La femme suit l'évolution de son cycle menstruel sur six mois, soustrait 18 de la durée de son cycle le plus court (estimation du premier jour fertile) et soustrait 11 de la durée de son cycle le plus long (estimation du dernier jour fertile).	Le couple prévient les grossesses en évitant les relations sexuelles non protégées avec pénétration vaginale entre le premier et le dernier des jours fertiles estimés, par l'abstinence ou en utilisant un préservatif.	91 % d'efficacité en cas d'utilisation correcte et régulière. 75% dans la pratique courante	Cette méthode peut nécessiter des adaptations ou devoir être utilisée avec prudence lors de la consommation de médicaments (par exemple des anxiolytiques, des antidépresseurs, des anti-inflammatoires non stéroïdiens ou certains antibiotiques) qui peuvent avoir des conséquences sur le moment de l'ovulation.
Retrait (coït interrompu)	L'homme retire son pénis du vagin de sa partenaire et éjacule à l'extérieur du vagin, évitant que le sperme n'entre en contact avec les parties génitales extérieures de la femme.	Empêche le sperme de pénétrer dans le corps de la femme et donc la fécondation.	96% moyennant un usage correct et régulier 73% dans la pratique courante (Trussell, 2009).	C'est l'une des méthodes les moins efficaces, car il est souvent difficile de déterminer le bon moment pour le retrait, ce qui entraîne un risque d'éjaculation à l'intérieur du vagin.

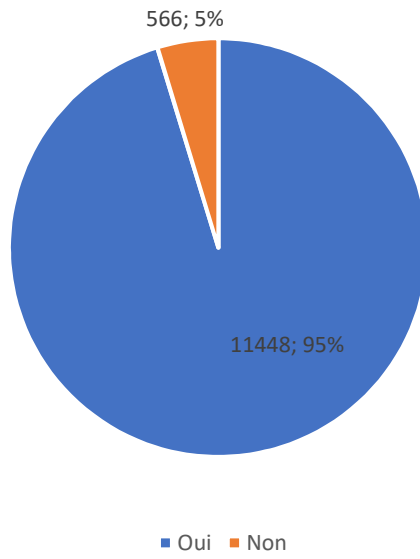
ANNEXE IV

« Le sexisme en gynécologie »

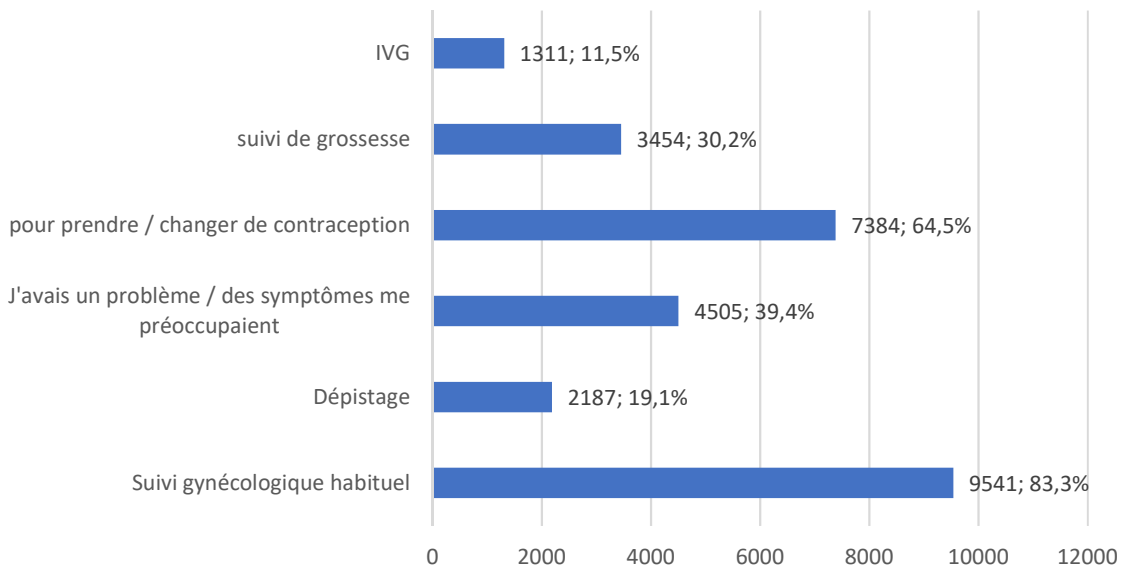
Enquête en ligne menée par Coline Gineste,
12 014 réponses

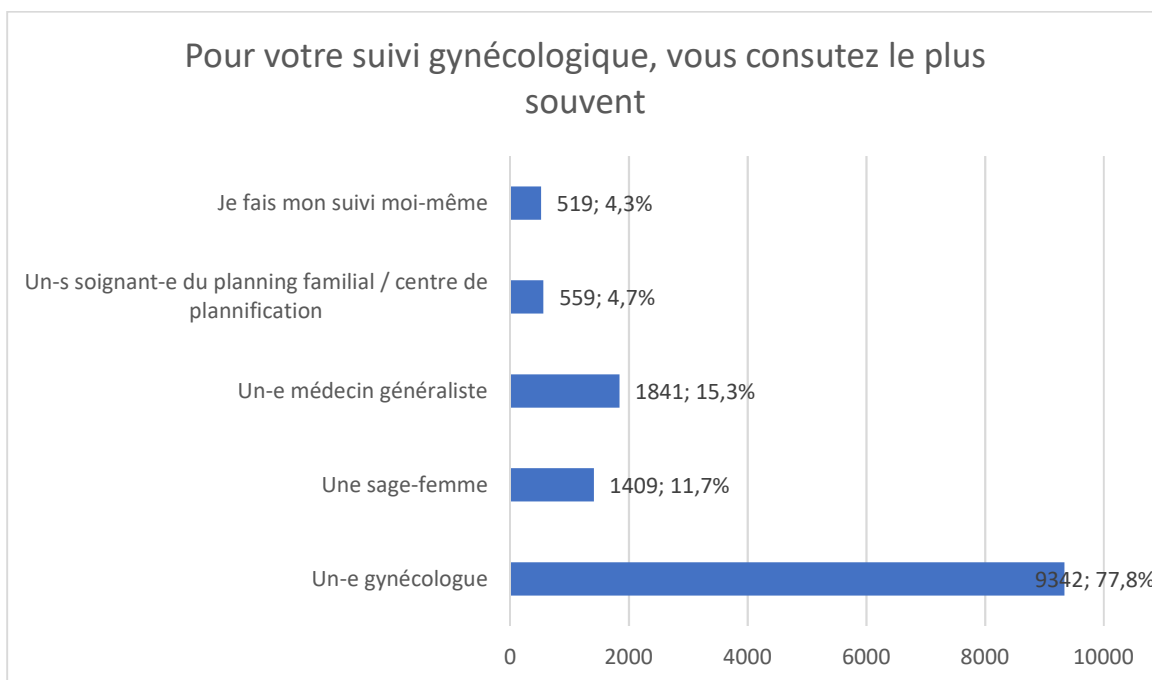
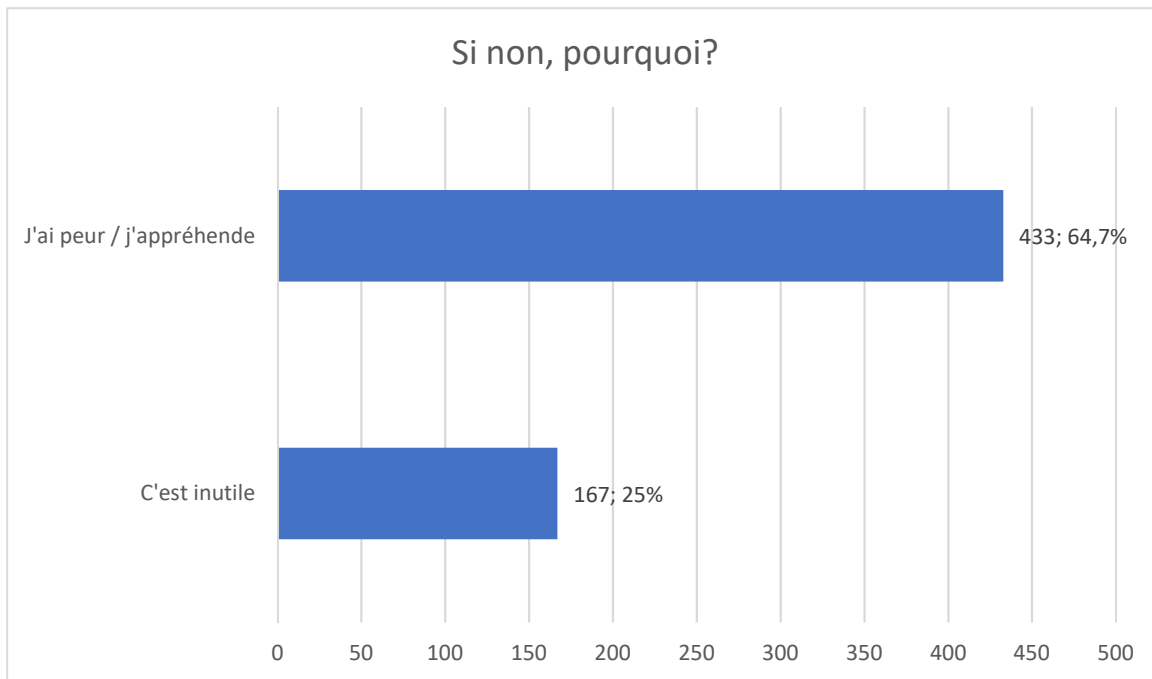


Avez-vous déjà été à une consultation gynécologique?

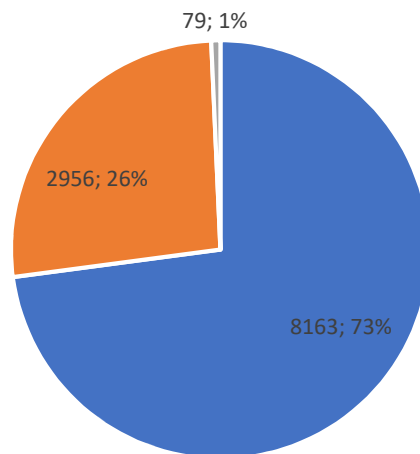


Si oui, pourquoi?



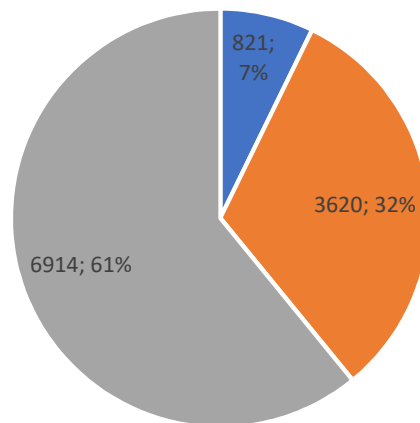


Vous consultez le plus souvent



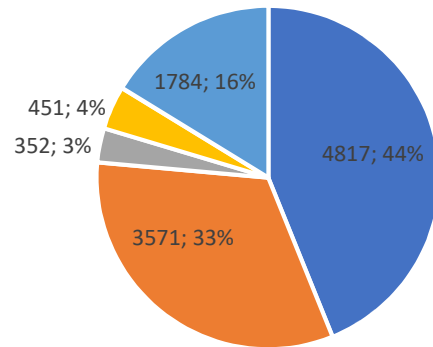
■ Une femme ■ Un homme ■ Autre (genre fluide, personne transgenre...)

Vous diriez que la personne que vous consultez a



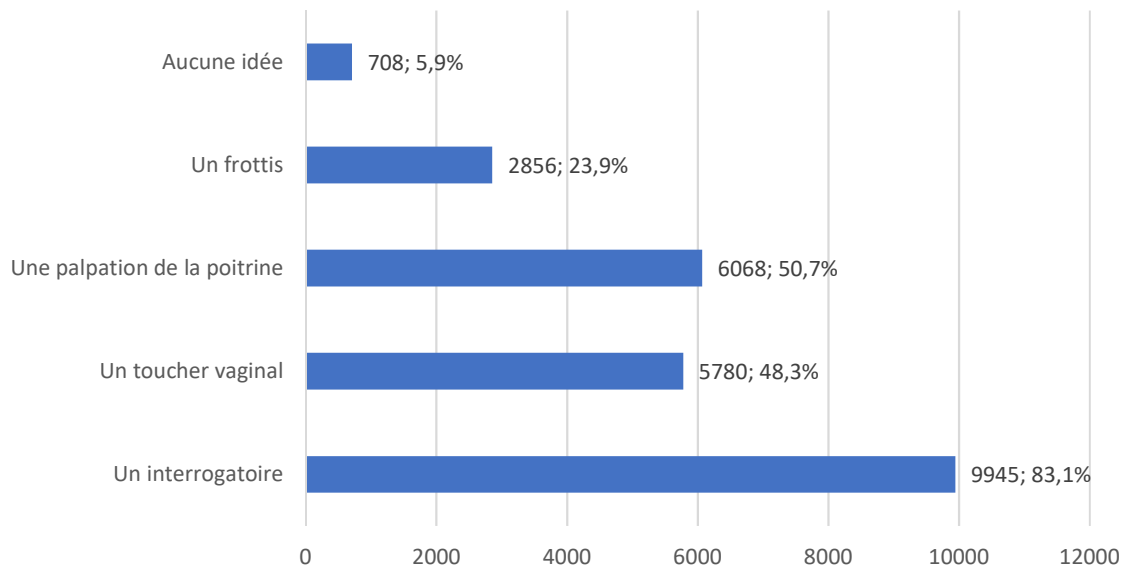
■ Entre 25 et 35 ans ■ Entre 35 et 45 ans ■ Entre 45 et 65 ans

Depuis quand consultez-vous?

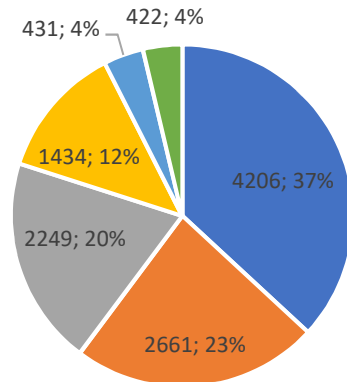


- Depuis que j'utilise une contraception
- Depuis que j'ai des relations sexuelles
- Depuis une maladie
- Depuis que j'ai eu un enfant
- Je ne me fais pas suivre régulièrement

Selon vous, toute consultation gynécologique comprend

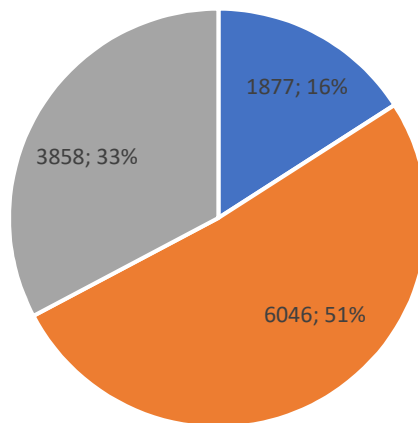


A quelle fréquence faites-vous un dépistage du cancer du col de l'utérus?



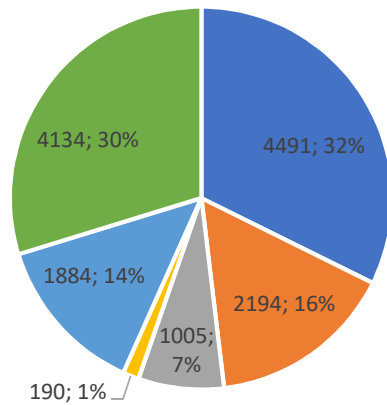
- Une fois tous les 2 ou 3 ans
- Jamais encore fait
- Une fois par an
- Je ne sais pas / irrégulier
- Une fois tous les 4 ou 5 ans
- A chaque visite

Depuis quand vous faites-vous dépister par frottis?



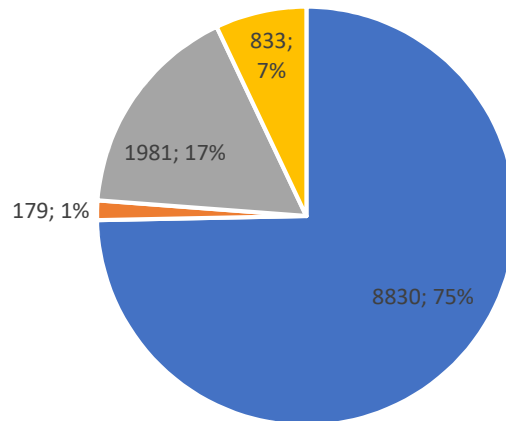
- Depuis que j'ai une activité sexuelle
- Depuis que j'ai 25 ans
- Autres

A quelle fréquence faites-vous une palpation de la poitrine?



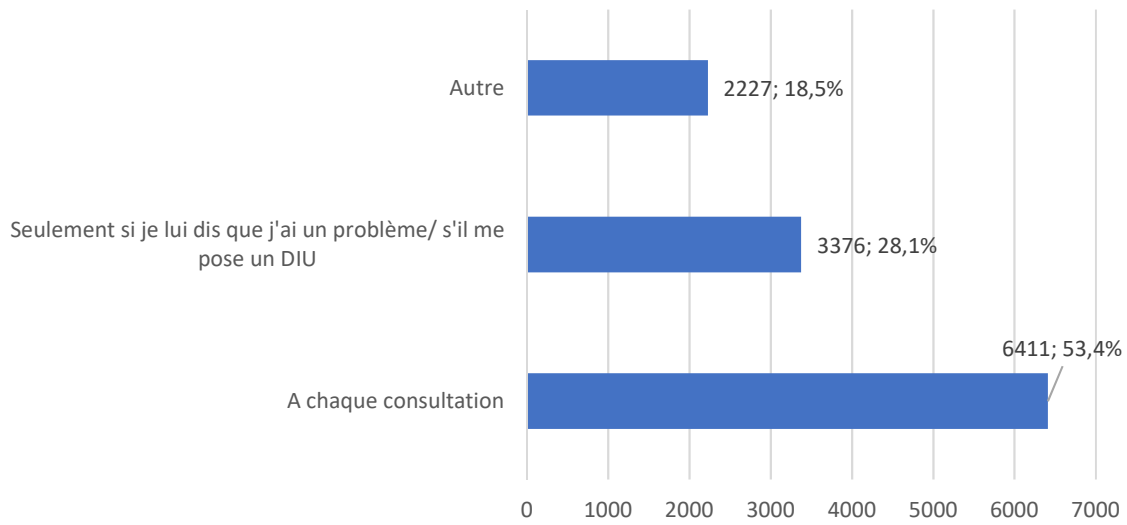
- A chaque visite
- Une fois par an
- Une fois tous les 2 ou 3 ans
- Une fois tous les 4 ou 5 ans
- Je ne sais pas / irrégulier
- Autre

Depuis quand faites-vous des palpations de la poitrine?

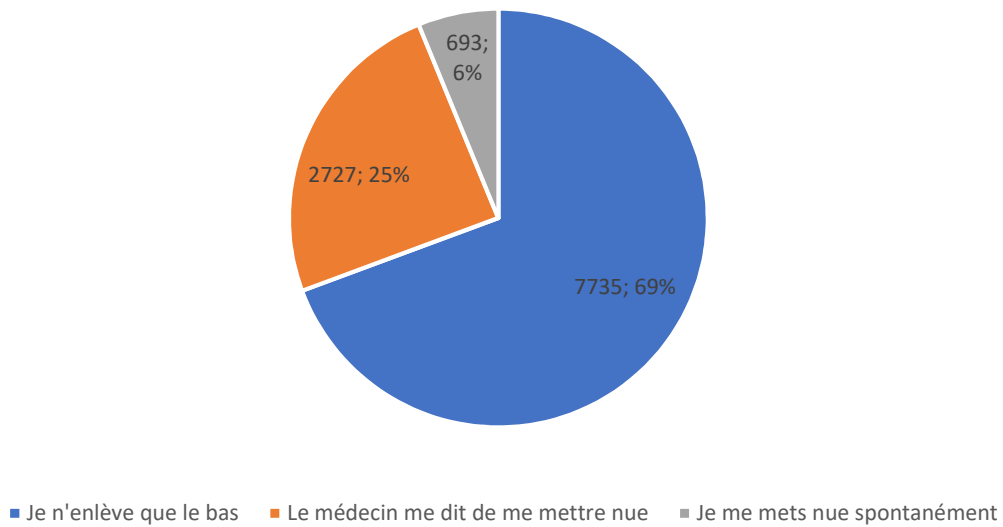


- Depuis que je consulte
- Depuis mes 45-50 ans
- Jamais encore fait
- Autre

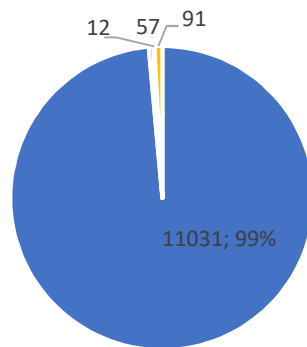
A quelle fréquence le soignant vous fait-il un toucher vaginal/prélèvement/frottis?



Dans quelle tenue êtes-vous lors de l'examen?

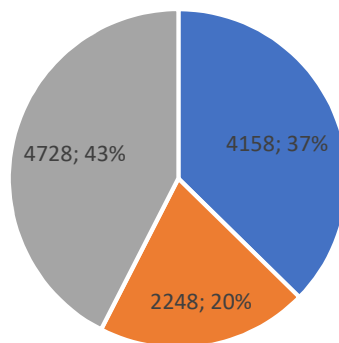


Dans quelle position êtes-vous lors de l'examen?



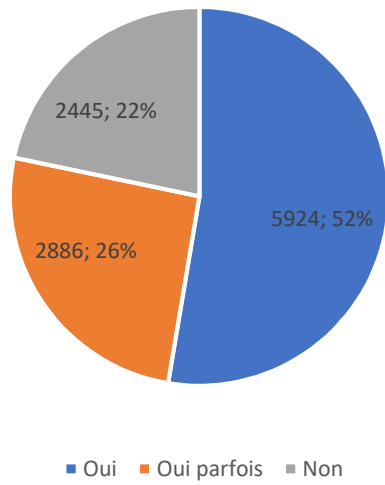
- Allongée sur le dos
- J'ai demandé à être sur le côté mais le soignant a refusé
- Allongée sur le côté, à ma demande
- Allongée sur le côté, sur proposition du soignant

Le soignant demande-t-il explicitement votre autorisation / votre avis avant un toucher vaginal et/ou une palpation des seins?

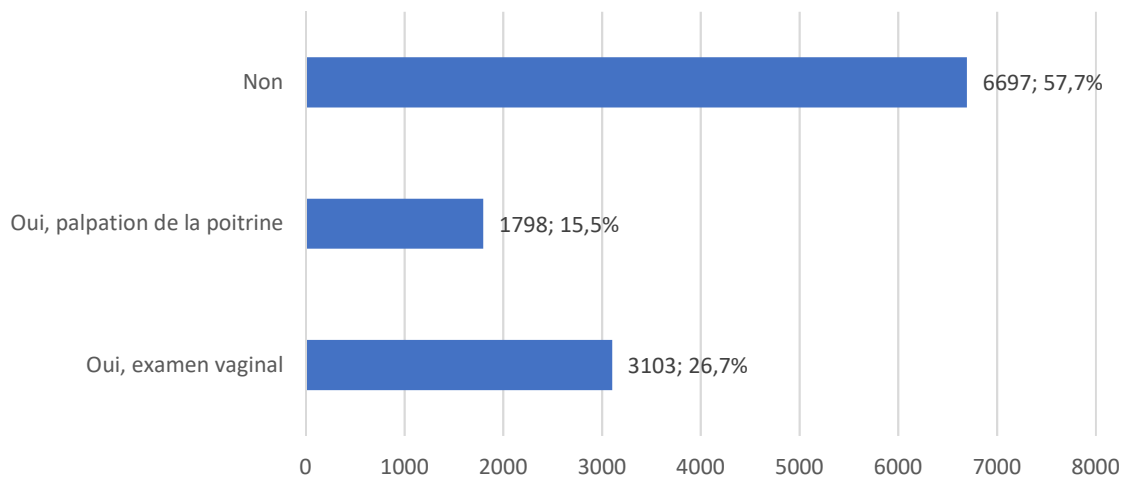


- Oui toujours
- Parfois
- Non

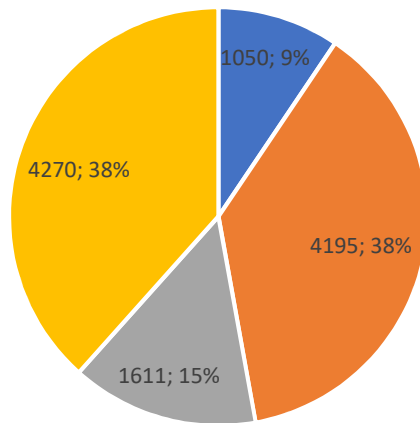
Lors des consultations, avez-vous l'impression que ces examens sont obligatoires?



Le soignant vous a-t-il déjà fait comprendre qu'il fallait vous examiner pour pouvoir vous prescrire une pilule contraceptive?

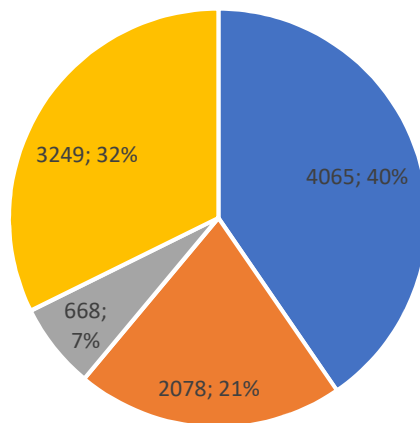


L'examen a-t-il déjà été douloureux?



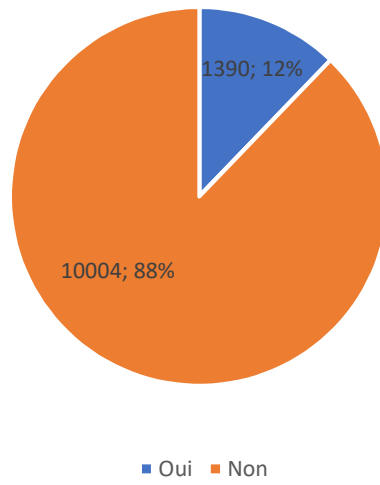
■ Oui à chaque fois ■ Oui parfois ■ Oui une fois ■ Non

Si oui, qu'avez-vous fait quand vous avez eu mal?

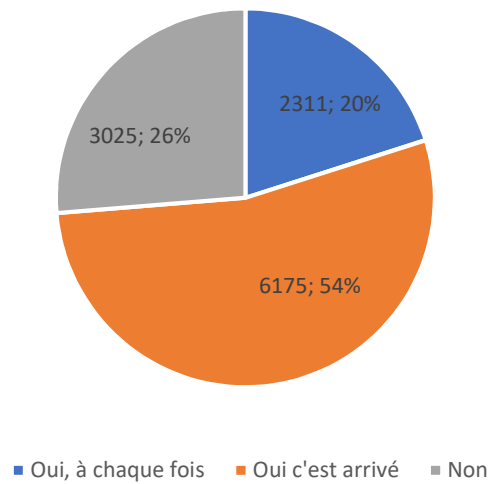


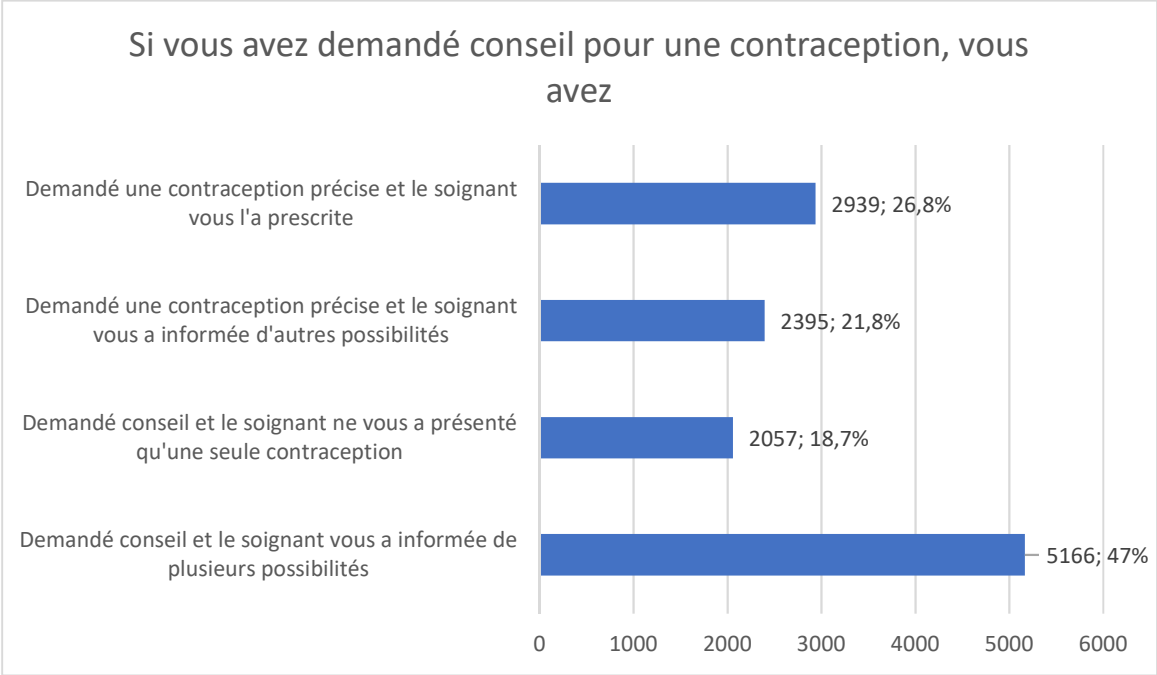
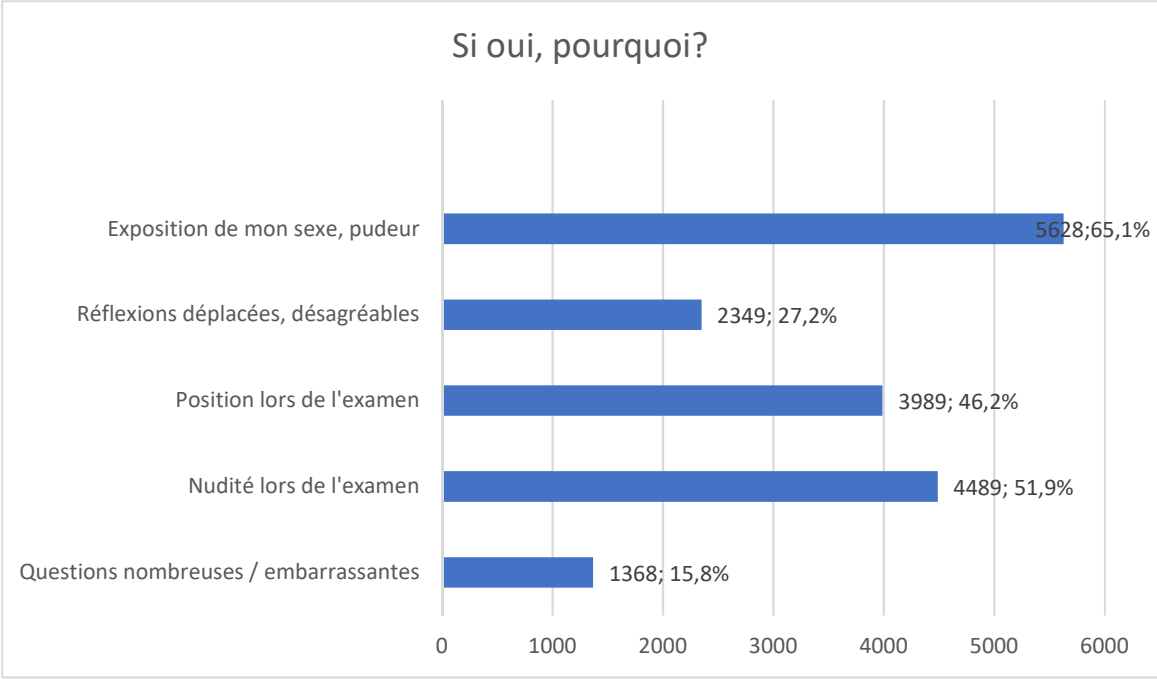
■ Je l'ai dit ■ Je n'ai rien dit / fait ■ J'ai enlevé sa main / j'ai bougé ■ Autres

Pensez-vous qu'il est normal qu'un examen soit douloureux?

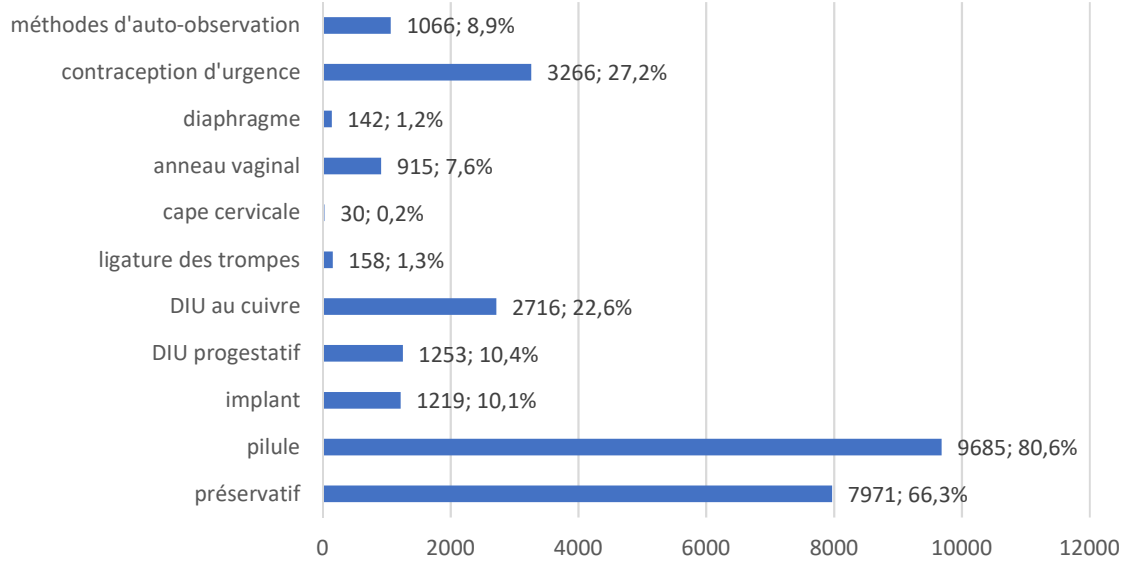


Vous êtes-vous déjà sentie mal à l'aise pendant une consultation?

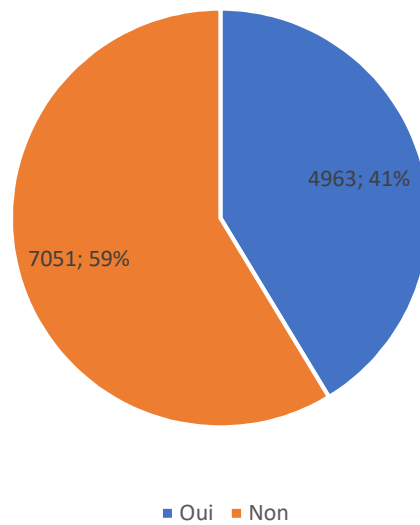


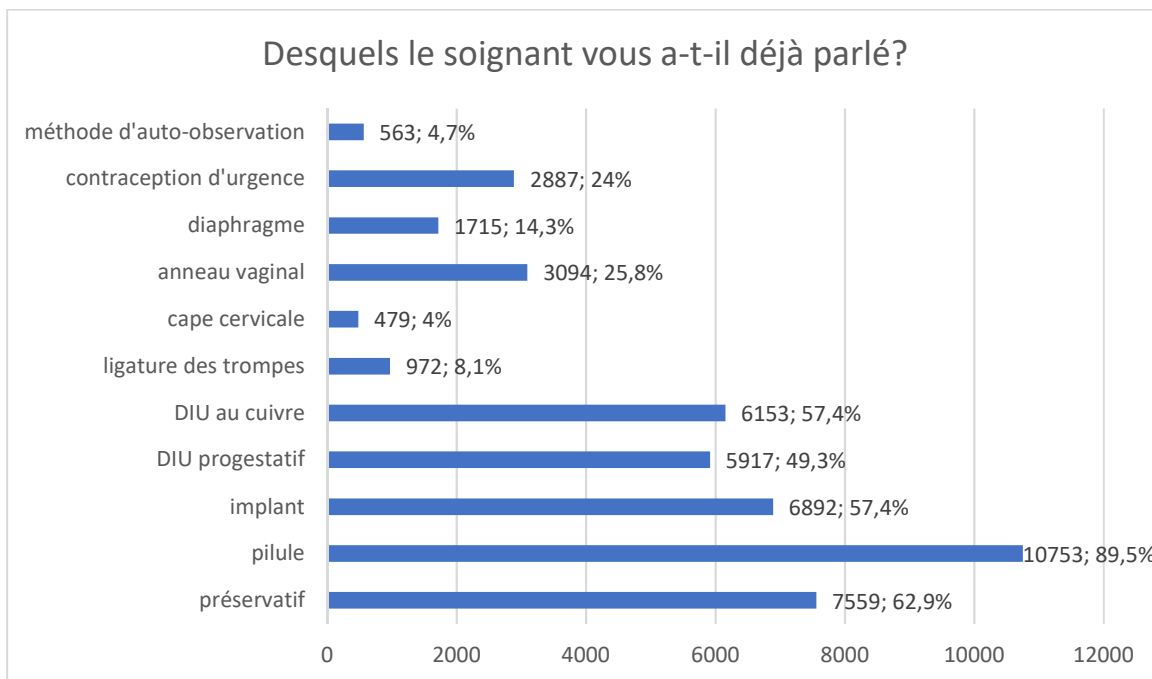
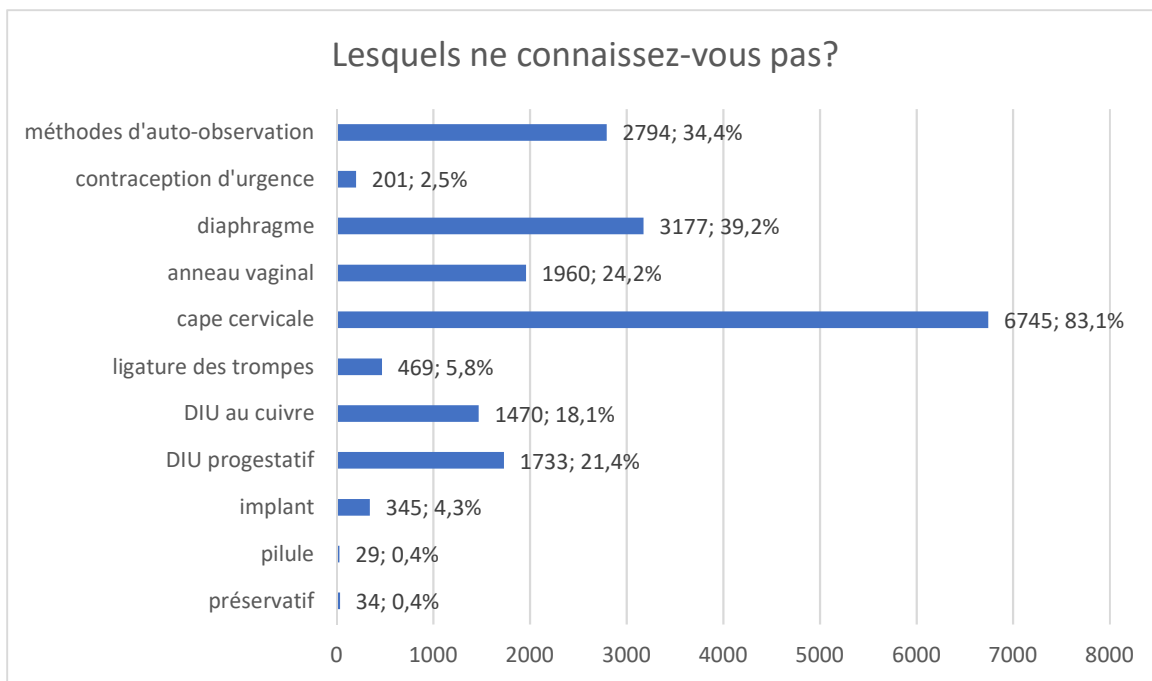


Quelle contraception-s utilisez-vous / avez-vous utilisée-s ?

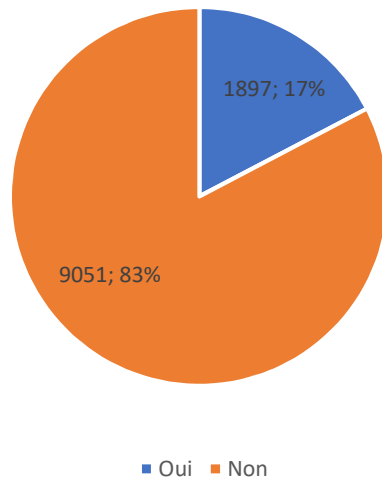


Connaissez-vous tous les moyens cités?

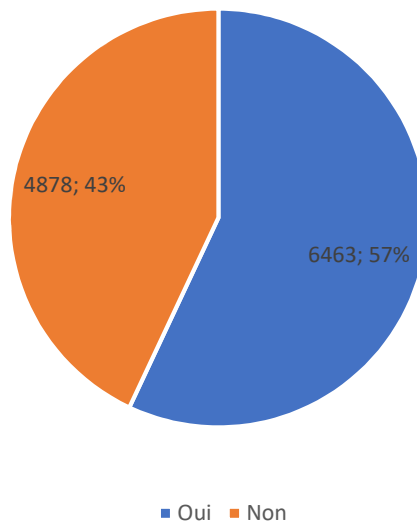




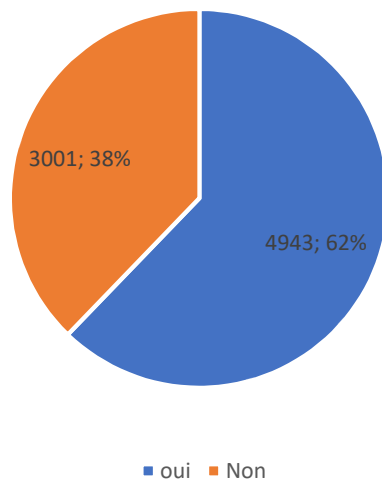
Votre soignant a-t-il déjà refusé de vous prescrire une contraception?



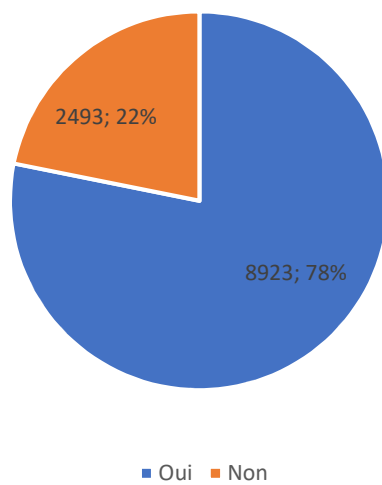
Avez-vous déjà évoqué votre sexualité avec votre soignant?



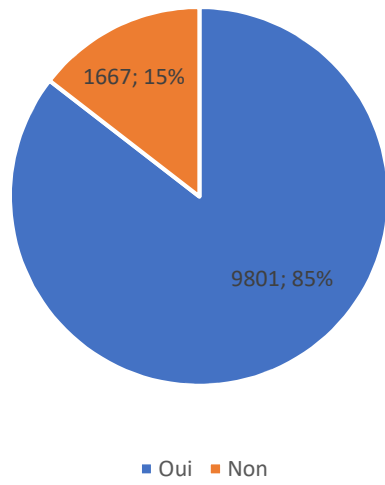
Si oui, le soignant a-t-il été réceptif / a-t-il su vous conseiller?



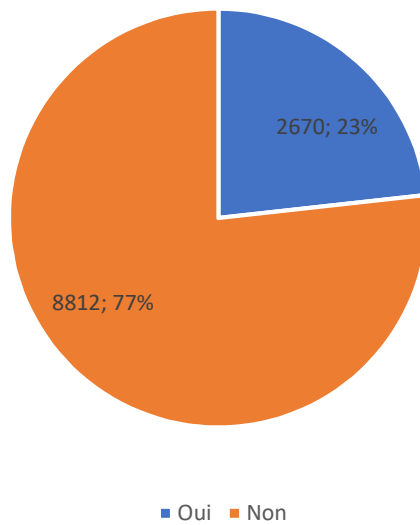
En général, lors des consultations, vous sentez-vous écoutée?



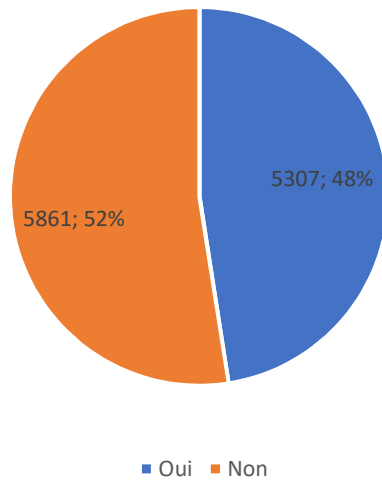
En général, lors des consultations, vous sentez-vous respectée?



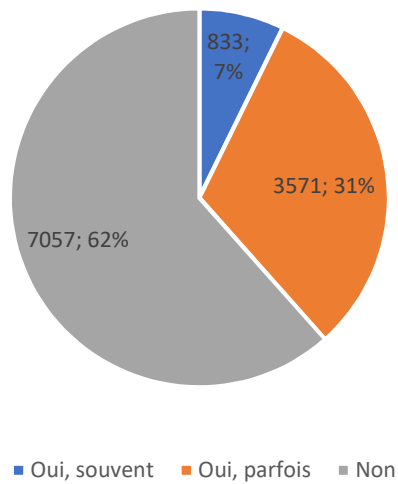
En général, lors des consultations, vous sentez-vous jugée?



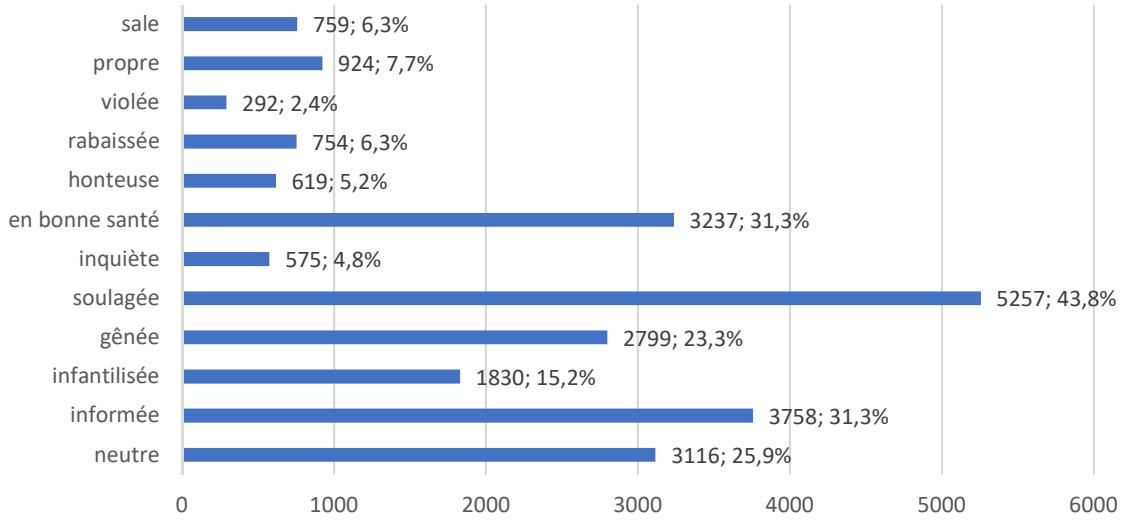
En général, lors des consultations, sentez-vous que vous maîtrisez la situation?



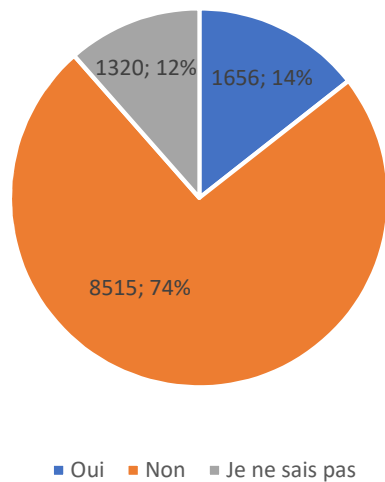
Lors d'une consultation, vous êtes-vous déjà sentie au pied du mur, mise devant le fait accompli, forcée, obligée?



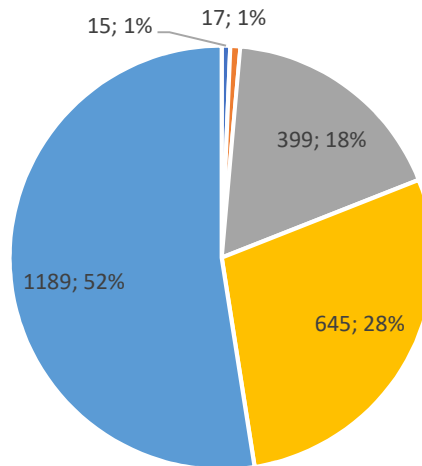
En général, comment vous sentez-vous à la fin d'une consultation?



Diriez-vous que vous avez subi des violences gynécologiques?

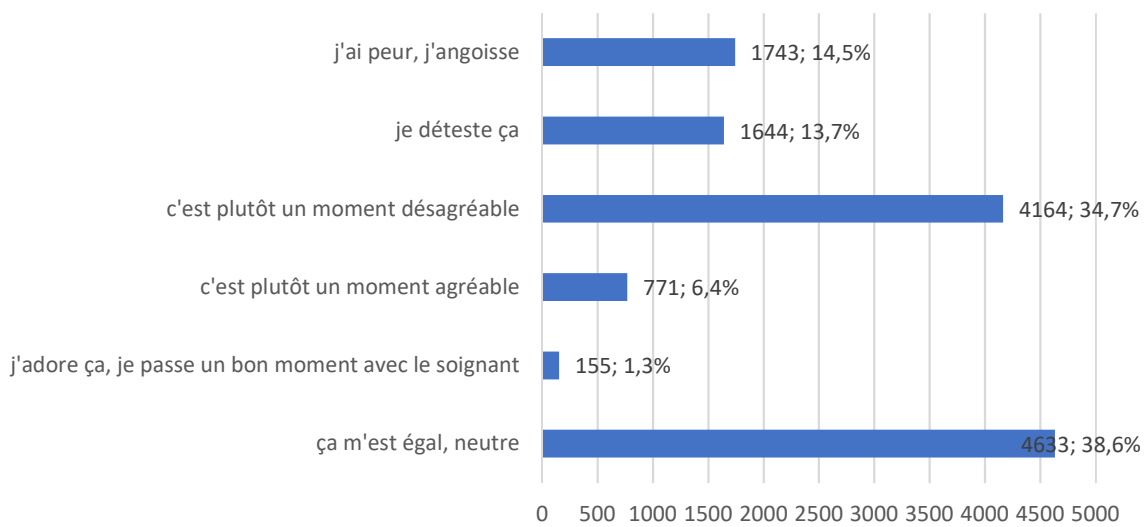


Si oui, avez-vous porté plainte?

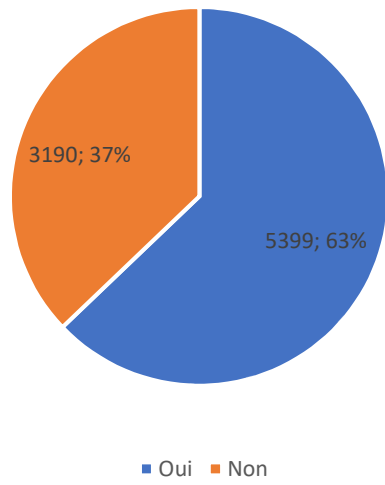


- Oui et ça a abouti à un jugement en ma faveur
- Oui mais ça n'a pas abouti à un jugement en ma faveur
- Non je ne veux pas
- Non je ne savais pas que c'était possible
- Non je pense que ce n'est pas assez grave

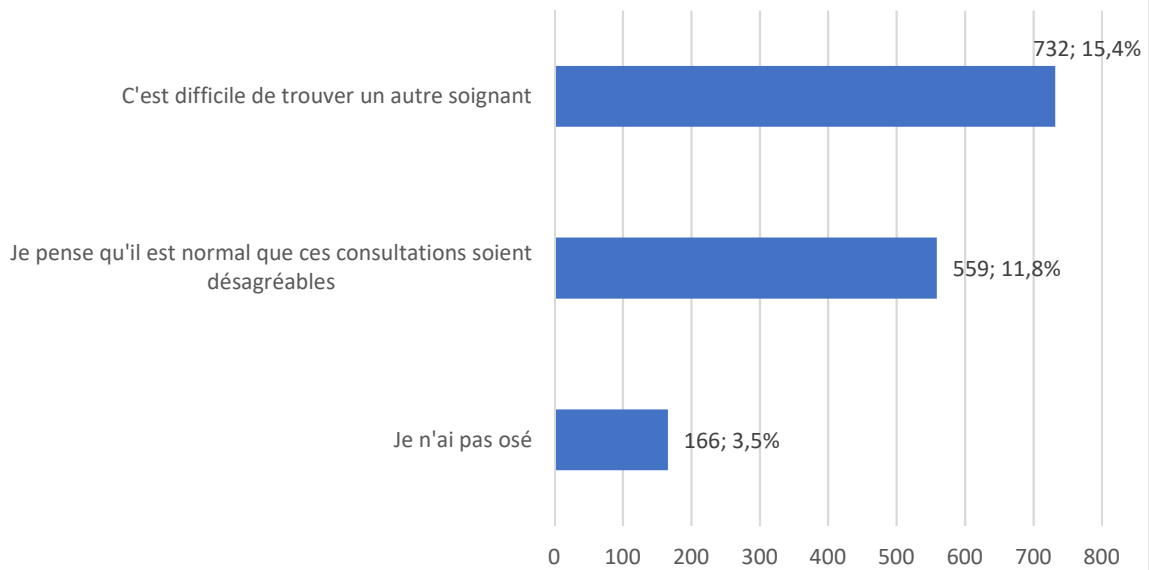
Dans l'ensemble, comment vivez-vous les consultations gynécologiques?



Avez-vous changé de soignant après une consultation désagréable (douleur, réflexions..) ?



Si non, pourquoi?





SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

