

UFR de Médecine

Ecole régionale de Sages-Femmes

TOURS

« Violences obstétricales »

Histoire de l'émergence d'une nouvelle préoccupation sociale.

Mémoire présenté et soutenu par

BOURRELIER Camille

le 31 Aout 2018

Sous la direction de

CARDI Coline, chercheuse, docteure en
sociologie

LE DU Maï, sage-femme, docteure en
sociologie

Promotion 2013-2018



UFR de Médecine

Ecole régionale de Sages-Femmes

TOURS

« Violences obstétricales »

Histoire de l'émergence d'une nouvelle préoccupation sociale.

Mémoire présenté et soutenu par

BOURRELIER Camille

le 31 Aout 2018

Sous la direction de

CARDI Coline, chercheuse, docteure en
sociologie

LE DU Maï, sage-femme, docteure en
sociologie

Promotion 2013-2018

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes, envers qui je tiens à témoigner toute ma reconnaissance.

Tout d'abord, je voudrais adresser toute ma gratitude aux deux directrices de ce mémoire, qui m'ont épaulée pendant mes recherches et bien plus, Maï le Dû et Coline Cardi.

Maï, merci pour tes conseils, ta disponibilité, et la confiance que tu m'as témoignée. Merci encore de m'aider à nourrir ma réflexion, d'inspirer ma vocation et d'avoir guidé mes premiers pas de future sage-femme dans la bonne direction.

Coline, merci pour tes précieux conseils, ton ouverture d'esprit, le partage de ton savoir et ta vivacité si communicative.

Les conseils que vous m'avez prodigués et la bienveillance dont vous avez fait preuve ont été déterminants dans la réalisation de ce travail de recherche, merci.

Je tiens également à remercier mes parents, ma famille, mes amis, pour leur soutien indéfectible durant toutes ces années d'études, leur patience, leur confiance sans faille et leur support inestimable.

Enfin, merci à tous ceux et toutes celles qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation et à l'aboutissement de ce travail de recherche.

Introduction	7
Matériel et méthode.....	10
Partie 1 : Historique de l'émergence de la notion de « violence obstétricale ».....	12
1. De la « <i>violencia obstétrica</i> » à la « <i>violence obstétricale</i> » : la naissance puis l'importation d'un nouveau terme au fil des continents.	12
1.1 Un concept né en Amérique latine dans les années 2000.	12
1.2 L'apparition du concept en Amérique du nord	17
1.3 La diffusion en Europe et dans les milieux militants français	18
2. 2014 - 2018 : En France, l'émergence et la diffusion d'une toute nouvelle préoccupation sociale : analyse chronologique	20
2.1 Les lanceur.se.s d'alerte: pivot central de l'émergence de la notion de « violence obstétricale » en France.....	20
2.2 Les actions et mobilisations féministes pour une santé gésésique respectée.....	31
2.3 L'intérêt récent de la sphère politique pour les « violences obstétricales » : émergence d'une problématique sociale à part entière.....	34
Partie 2 : La mise en place d'un nouveau cadre normatif.....	38
1. Fait social, normes et déviance : notions sociologiques.....	38
1.1 Le pouvoir médical comme fait social en pleine évolution.	38
1.2 Le contexte normatif définit la déviance.....	38
2. La portée et l'importance de la notion de « violence » dans la controverse : concepts. .	39
2.1 Les concepts autour de la « violence »	39
2.2 « Violence » et « maltraitance », quelle différence ?.....	44
3. Ce qui est dénoncé par les femmes par le biais de la controverse.....	49
3.1 Des pratiques intrusives et tranchantes	49
3.2 Le non-respect des droits du patient et de la parole des usagères	50
3.3 Le pouvoir médical	51
3.4 En toile de fond : le patriarcat	51
4. 2017-2018 : La mise en place d'un nouveau cadre normatif.....	52
4.1 Aujourd'hui, la société redéfinit les normes en matière de sexisme	52
4.2 Un changement récent du cadre normatif en santé gésésique	53

Partie 3 : Pourquoi ce changement de paradigme ?

Conjonction de plusieurs facteurs.	54
1. Evolution des regards sur l'institution et sur les droits des usager.e.s	54
1.1 Une nouvelle conception de l'usager.e du système de soin au début des années 2000 ...	54
1.2 La prise de conscience récente des violences institutionnelles	55
1.3 Reproduire la violence : la violence envers les étudiant.e.s dans les études de santé.....	56
1.4 Du sexisme banalisé et institutionnalisé dans le milieu médical au sexisme dénoncé	57
2. Evolutions techniques dans le monde de la naissance.....	58
2.1 La médicalisation de la naissance, assurance de survie	58
2.2 La maîtrise de la douleur de la parturiente lors de l'accouchement.....	59
2.3 Une naissance pensée en termes de productivité	60
2.4 Une mortalité infime, une maîtrise de la douleur lors de l'accouchement : la promotion de la bientraitance, une nouvelle révolution ?.....	61
3. Une apparition récente des féministes dans le domaine de la naissance	62
3.1 Les grands courants féministes.	62
3.2 La maternité : aliénation ou émancipation des femmes ?	63
3.3 Les luttes féministes en santé génésique.....	64
4. Evolution des regards sur le corps	66
4.1 Les représentations du corps	66
4.2 Une domination historique du corps des femmes par les hommes et le Pouvoir.....	66
4.3 Le corps des femmes, outil d'émancipation ?.....	68
4.4 Maîtrise du corps et respect de soi	68
 Conclusion	 69
 Bibliographie.....	 71
 Annexes.....	 82

Introduction

Les « violences obstétricales » : de quoi parle-t-on ?

Tout d'abord, il est important de qualifier et de déterminer précisément l'objet de ce mémoire : de quoi parle-t-on lorsque l'on évoque le terme dorénavant très médiatisé de « violences obstétricales » ?

Bien que l'expression ait connu un essor fulgurant au cours des derniers mois, il n'existait pas il y a peu de définition précise et claire des « violences obstétricales » en français, ni de délimitation par rapport à ce qui est considéré comme tel à ce jour.

Selon le CIANE (Collectif Interassociatif Autour de la Naissance), qui milite depuis le début des années 2000 contre la maltraitance dans les soins en périnatalité, « *les maltraitances ou violences volontaires et manifestes par les professionnels de santé semblent rares* ». (Boufferet, s. d.)

Ce sont donc les violences et les maltraitances dites « ordinaires » dans les soins en obstétrique et gynécologie (non-respect du consentement, de la pudeur, défaut d'information, non prise en charge de la douleur...) qui sont alors visées aujourd'hui dans les médias et par le grand public.

L'expression « violence obstétricale » (« *violencia obstétrica* ») vient d'Amérique du Sud, et plus précisément du Venezuela, où elle a été intégrée dès 2007 dans un texte de loi contre les violences faites aux femmes. Son appropriation par des féministes francophones canadien.ne.s puis belges et sa diffusion via des blogs et autres sites internet à partir des années 2010 a permis l'introduction de cette notion en France, quelques années plus tard, en 2014.

Au cours des quatre dernières années, les concepts de « violence obstétricale » et de « maltraitance gynécologique » ont pris de l'essor dans l'hexagone, jusqu'à aboutir à l'introduction et la définition de cette notion par l'instance consultative de l'Etat qu'est le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE) en juin 2018.

Ainsi, le HCE définit les actes sexistes perpétrés en gynécologie et obstétrique tels que peuvent l'être les « violences obstétricales » ou les « maltraitances gynécologiques » comme « des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical, et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine [...] par la volonté de contrôler le corps des femmes. Ils sont le fait de soignant.e.s de toutes spécialités, femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant.e.s. » (« HCE : Les actes sexistes dans le suivi gynécologique, Rapport », 2018)

En France, les débats autour des « violences obstétricales » s'imposent aujourd'hui comme la dénonciation d'une forme spécifique de violence à l'encontre des femmes, située à l'intersection entre les violences institutionnelles et les violences de genre.

C'est l'émergence de cette dénonciation qui sera l'objet d'étude de ce travail de recherche.

Pourquoi travailler sur les « violences obstétricales » ?

Plusieurs raisons m'ont poussée à prendre pour objet de mémoire l'histoire de l'émergence de la notion de « violence obstétricale » (et par extension celle de « maltraitance gynécologique ») en France et à choisir d'analyser ce débat très actuel et en plein essor dans l'hexagone.

Arrivée à l'école de sages-femmes en septembre 2013, j'ai pu constater en temps réel l'émergence de la problématique des « violences obstétricales » au fil de mes années de formation.

Elle est en effet apparue au sein des réseaux sociaux peu après mon entrée dans les études, par l'expression des femmes sur les actes ou paroles « violent.e.s » qu'elles considéraient avoir subi lors de leur suivi gynécologique ou obstétrical. Parallèlement, de nombreuses connaissances étrangères au milieu médical m'interpellaient à ce propos, cherchant des explications au sujet des pratiques « violentes » dont elles avaient eu écho via les réseaux sociaux, les médias ou dont elles considéraient avoir elles-mêmes été victimes.

Par ailleurs, depuis 2014, divers.es émissions de radio ou articles de presse sont parus sur le sujet au niveau national, ce qui m'a également fortement interpellée. Cette année 2014 marque le début des polémiques sur le sujet en France et l'émergence du débat dans les médias, donnant la parole aux femmes pour dénoncer les pratiques « violentes » qu'elles ont pu subir en salle d'accouchement ou en consultation, sans mentionner le terme de « violence obstétricale » pour autant.

C'est au cours de l'année 2017 que s'est amplifiée la controverse autour de ce qu'il est à présent convenu de considérer comme un phénomène social, comme en témoigne la tempête médiatique d'août 2017 autour du sujet des « violences obstétricales ».

Au cours de l'été 2017, pas moins d'une dizaine d'articles sont parus sur la question dans la presse nationale. Les « violences obstétricales », terme qui n'était jusqu'alors pas utilisé dans les médias nationaux mais uniquement au sein des blogs militants ou des réseaux sociaux, entre dans le langage courant.

Soutenus par leur médiatisation, ces témoignages et polémiques sont conduits sur la scène politique par Marlène Schiappa, secrétaire d'Etat chargée à l'égalité entre les femmes et les hommes, qui aborde le sujet au Sénat en juillet 2017 en évoquant le chiffre controversé de 75% d'épisiotomies pratiquées dans les hôpitaux français.

Etant à la fois future professionnelle de santé, donc concernée par la polémique dans ma pratique professionnelle mais aussi potentielle patiente pouvant être confrontée à des pratiques « violentes », je me suis retrouvée au cœur de cette controverse dans une position ambivalente, ayant la sensation de ne pas en comprendre réellement les enjeux.

Cette controverse illustre ainsi la mise en place très actuelle d'un nouveau cadre normatif autour des pratiques en obstétrique, ce qui n'a pas manqué de susciter de nombreux questionnements et un certain malaise au sein de la profession.

Le sujet alimentant régulièrement les conversations, j'ai pu facilement observer que les avis divergeaient concernant cette polémique, comme en sont témoins les exemples suivants, recueillis au cours de mes stages.

Une étudiante sage-femme : *A partir de quel moment devient-on maltraitant ou violent aux yeux des patients ? Je ne sais pas, la limite est tellement floue.*

Un interne d'obstétrique : *N'y a-t-il pas une grande part de subjectivité dans tout ça ? On ne pourra jamais savoir à quel moment on est violent en fait.*

Une sage-femme : *On ne peut plus rien faire, rien dire. Je me dis que lorsque l'on devra prendre des décisions dans l'urgence, on fera des erreurs, à avoir peur du regard et du jugement que tout cela entraîne depuis peu, à tort ou à raison !*

Un médecin généraliste militant : *Ce que je pense de cette polémique ? C'est bien, ça va enfin faire réfléchir sur nos pratiques iatrogènes, celles dont on ne se rend même plus compte.*

Un obstétricien : *C'est une polémique écœurante dont les médias semblent se délecter. De toute façon, il y aura toujours des mécontents, mais les 90% de satisfaction selon l'enquête périnatale, ça, la secrétaire d'Etat et la presse n'en font pas écho.*

Ce débat intéresse autant qu'il fait peur, de par sa complexité et sa subtilité, mais aussi car il remet en question nos pratiques et nous touche aussi bien en tant que corps professionnel qu'individuellement.

Comment donc peut-on expliquer l'émergence et le succès médiatique et social, en France, de cette notion désormais admise de « violences obstétricales » ?

Pourquoi des pratiques établies au sein des systèmes de soins ou des gestes et paroles jusqu'alors usuels passent soudainement d'un statut de pratique courante justifiée médicalement ou socialement admise, à celui de pratique « violente » et pernicieuse ?

Cette dénonciation de pratiques banalisées soudainement jugées « violentes » font écho à un souci grandissant du respect du corps dans sa matérialité d'une part, et de la parole des femmes d'autre part.

L'objet de ce mémoire est donc d'éclairer cette évolution récente d'un point de vue objectif, via une position d'observation neutre et décentrée.

Matériel et méthode

L'important dans ce travail de recherche était de ne pas considérer et juger les pratiques qualifiées de « violentes » en soi, mais d'établir un regard et une analyse objectifs sur l'apparition d'un nouveau problème social, rayonnant de façon soudaine et exponentielle dans le monde de la gynécologie et de l'obstétrique.

Selon le sociologue Howard Becker, ce qui est considéré comme violent ou déviant dans une société est ce qui est défini comme tel, par la réaction sociale (Cardi, 2015).

Dans cette perspective, il s'agit plutôt de comprendre ce qui est aujourd'hui défini comme violent dans les pratiques en gynécologie et obstétrique, par qui elles le sont et au regard de quelles normes.

Pour cela, d'une part, afin de comprendre d'où venait cette notion, j'ai étudié en premier lieu le contexte d'apparition originel du terme de « violence obstétricale » en Amérique. J'ai utilisé une base d'articles internationaux sur les sujets politiques et sociaux recensés grâce à Cairn, Pubmed et Wiley, bases de données biomédicales ou de sciences sociales française et internationales, et des ouvrages de santé publique obtenus grâce à la base de donnée internationale Taylor&Francis.

Puis, l'analyse porte sur la chronologie des controverses du débat des « violences obstétricales » en France et les actions féministes menées en réaction.

J'ai donc repris, chronologiquement, chaque polémique grâce aux réseaux sociaux, aux médias et à mes notes personnelles prises tout au long de l'apparition des polémiques.

D'autre part, j'ai recensé les articles nationaux de presse écrite au moment des différentes controverses médiatiques, entre 2014 et 2017, via Europresse, une base de presse internationale, et j'en ai confronté un échantillon avec la diffusion des controverses sur les réseaux sociaux.

J'ai cherché, par cette démarche, à montrer à quel moment et comment les controverses des « violences obstétricales » et de la « maltraitance gynécologique » deviennent un sujet social à part entière. Que ce sujet soit traité dans la presse féminine, sur les réseaux sociaux ou dans les blogs et autres sites internet ne marque pas l'ampleur qu'il peut avoir lorsqu'il entre communément dans les sujets abordés par les médias généralistes, ayant un très large lectorat. Ainsi, que la presse nationale généraliste s'accapare de ce sujet signe son introduction comme problématique sociale en tant que telle, confirmée par son apparition sur la scène politique et sa qualification précise quelques temps plus tard.

J'ai ensuite analysé ces articles de façon à mettre en évidence la façon dont les médias présentent les faits et les différents protagonistes au grand public, leurs réactions mais aussi le délai entre les manifestations au sein des réseaux sociaux et l'apparition d'articles, dans le but d'illustrer la façon dont les médias et les réseaux sociaux s'alimentent afin de créer de nouvelles normes et de diffuser de nouvelles problématiques sociales.

Pour ce faire, j'ai sélectionné deux des controverses principales, « le point du mari » et « les touchers vaginaux non consentis », et j'ai extrait cinq articles s'y rapportant, avec pour critères d'inclusion la publication dans un média national de presse écrite et des orientations politiques diverses.

Par ailleurs, la recherche sur internet des expressions « maltraitance gynécologique » et « violence obstétricale » en français connaît des recrudescences importantes concomitamment à chaque polémique. Je me suis donc intéressée à l'évolution de l'utilisation des termes de « violence obstétricale » et « maltraitance gynécologique » au cours de la période 2014-2018, grâce à *Google Trends*¹, afin de mettre en lumière l'apparition récente et soudaine de cette nouvelle préoccupation sociale.

Ensuite, une fois ces normes dégagées au travers de la controverse médiatique, il s'agissait, dans une perspective sociologique, de revenir sur les concepts de déviance et de violence et de mettre en évidence ce qui est dénoncé dans la controverse ainsi que les nouvelles normes mises en place.

Pour définir les concepts, j'ai utilisé des ressources de sociologie, issues de cours ou d'articles provenant de la base de données Cairn.

Afin de mettre en évidence les pratiques et actes dénoncés dans la controverse, j'ai repris les divers articles recensés sur Europresse, et je les ai confrontés avec les témoignages observés sur les réseaux sociaux.

Enfin, on assiste aujourd'hui à une remise en cause et une dénonciation très récentes de pratiques jugées « violentes » jusqu'alors banalisées et tolérées.

L'objectif de ce mémoire est donc d'éclairer, dans une perspective socio-historique non exhaustive, les processus ayant conduit à ce changement de paradigme dans le monde de la santé génésique. Je reviendrai donc sur l'historique du féminisme, de la prise en charge de la naissance, de la reconnaissance des violences institutionnelles ou encore sur la perception du corps dans notre société contemporaine, grâce à l'étude de ressources sociologiques et historiques issues des bases de données précédemment citées et à différents ouvrages.

Nota Bene :

Sémantiquement, afin de permettre une position d'analyse neutre, j'utilise volontairement des guillemets tout au long de ce travail, pour présenter les termes de « violence obstétricale » ou de « maltraitance gynécologique ».

De plus, le langage épïcène présent dans ce mémoire, défendant une communication sans stéréotypes de sexe, est un parti pris.

¹ *Google Trends* est un outil permettant d'évaluer la fréquence et l'évolution de la recherche d'un terme dans le moteur de recherche *Google*, sur une période donnée, par région et par langue.

Partie 1 : Historique de l'émergence de la notion de « violence obstétricale ».

1. De la « *violencia obstétrica* » à la « *violence obstétricale* » : la naissance puis l'importation d'un nouveau terme au fil des continents.

L'étude du contexte politique et social autour de l'émergence et de la diffusion des questions de santé publique maternelle est nécessaire à la compréhension de leur dessein. En effet, selon J.Shiffman et S.Smith, chercheur.e.s en santé publique américains, le moment historique au sein duquel ces questions prennent place dans le débat public détermine les limites et les opportunités possibles de la stratégie de réponse. (Shiffman & Smith, 2007)

1.1 Un concept né en Amérique latine dans les années 2000.

C'est à partir du milieu des années 2000 que l'on assiste progressivement à l'émergence de la notion de « violence obstétricale » en Amérique du Sud, dans un contexte de recherche d'humanisation de la naissance et d'une remise en cause de l'accouchement hyper médicalisé, répondant à une volonté de progrès social des divers gouvernements en place.

Depuis une vingtaine d'années, les acteurs de santé latino-américains se sont en effet positionnés de façon concrète en faveur d'une réflexion autour des pratiques obstétricales et d'un changement de paradigme concernant la prise en charge de la naissance.

Le « Réseau latino-américain et caribéen pour l'humanisation de l'accouchement et de la naissance » a été créé en novembre 2000, au décours d'un congrès intitulé « Humanisation de l'accouchement et de la naissance » organisé à Ceará, au Brésil. Ce réseau actif sur le continent latino-américain, composé principalement de sages-femmes et d'infirmières, se qualifie alors d' « ensemble de réseaux nationaux, de groupes et d'individus qui vise à améliorer l'expérience de l'accouchement et le mode de naissance ».

Ainsi, afin d'éclairer l'émergence de la notion de « violence obstétricale » en Amérique latine, nous allons nous focaliser ici sur trois pays qui en sont les acteurs principaux : le Brésil, le Venezuela et l'Argentine.

Au Brésil, c'est dans le milieu des années 70, suivant l'influence de la nouvelle vague féministe mondiale, qu'un tournant vis-à-vis du paradigme dominant d'une santé féminine uniquement tournée vers la maternité a été envisagé.

Le « Programme de santé mère-enfant » (*Programa de Saúde Materno-Infantil*) a ainsi été développé par le Ministère de la Santé brésilien, dans le but de prendre en considération la santé de la femme dans son ensemble et de la détacher de certains dogmes patriarcaux l'envisageant principalement au travers de la maternité. (Vianna, Lacerda, & Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos, 2004)

Depuis le début des années 2000, le débat autour des politiques de santé publique a pris de l'importance, et la notion d' « humanisation de la santé » s'est imposée dans le paysage social brésilien. Des programmes de santé publique en faveur des femmes ont été mis en place, tels que le Programme d'humanisation des soins prénataux et de l'accouchement (*Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento*) en 2000, au vu de la non considération des femmes au sein des maternités brésiliennes.

Ce programme, ayant pour objectif de diminuer la mortalité materno-infantile, d'améliorer la qualité des soins périnataux et de garantir le droit fondamental des femmes à l'accès à des soins de qualité et à une bienveillance pendant la grossesse et l'accouchement, a eu cependant ses limites : le manque d'accès aux soins, la précarité des services, mais également l'hégémonie du système médical sont régulièrement pointés du doigt, menant à l'élaboration d'une « Politique Nationale d'Humanisation (HumanizaSUS) » du système de santé en 2003. (Serruya, Cecatti, & Lago, 2004)

Puis, entre 2003 et 2011, durant la présidence socialiste de Luiz Inácio Lula da Silva, un bon nombre de programmes sociaux ont été mis en place dans le domaine de la santé. Par ailleurs, au même moment, la présence de nombreux. ses féministes au sein de l'administration brésilienne a permis l'introduction de politiques publiques en faveur des droits sexuels et reproductifs.

Cependant, il est reconnu que le progrès en faveur des droits des femmes au Brésil a été plus « lent et pénible » pour les femmes noires de basses catégories socio-professionnelles (Victora et al., 2011), rappel saisissant de la notion d'intersectionnalité.

L'intersectionnalité marque l'identité collective d'un groupe subissant différentes formes entrecroisées de dominations ou de discriminations dans la société. Elle est ainsi vectrice de militantisme réactionnel. (Crenshaw, 1991)

De surcroît, l'historien Dominique Vidal, dans son étude sur les travailleuses domestiques de Rio, a souligné la prise de conscience récente et de plus en plus marquée de ces femmes de milieux populaires à envisager l'institution en termes de droits et la juridisation des conflits. (D. Vidal, 2007)

Et en effet, en obstétrique, les premières à s'élever contre les maltraitances institutionnelles en milieu hospitalier au Brésil ont été les femmes issues de milieux populaires, discriminées et dépendantes du système de soin public, saturé et désorganisé. Prenant progressivement conscience de leurs droits, elles ont été amenées à dénoncer l'insuffisance de l'institution publique et à remettre progressivement en question l'autorité médicale. (Robles, 2011)

Dans un pays où le taux de mortalité maternelle est cinq à dix fois supérieur que dans des pays au statut économique similaire (Victora et al., 2011) et où la césarienne, marqueur de réussite sociale, constituait 36% des naissances en 2005 (Bozon, 2005) et plus de 55% aujourd'hui (« WHO | Births by caesarean section - Data by country », 2018), on assiste à la récente remise en question par les usager.e.s d'un modèle médical hégémonique qui a la mainmise sur le contrôle de la sexualité des femmes et sur leur corps. (Zanardo et al., 2017)

Ainsi, au vu de la complexité des inégalités socio-économiques, culturelles et de la culture hospitalière autoritaire, et ce malgré les efforts déployés récemment pour améliorer la qualité des services de soin, les inégalités et la violence institutionnalisée persistent dans les hôpitaux. Cependant, si la reconnaissance de la violence institutionnelle au Brésil est encore difficile, l'état brésilien de Santa Catarina a tout de même inscrit le terme de « violence obstétricale » dans sa constitution en janvier 2017, dans une loi *prévoyant la mise en œuvre de mesures d'information et de protection pour les femmes enceintes et parturientes contre la violence obstétricale*. (Lei n° 17.097, de 17 de Janeiro de 2017)

Enfin, si le Brésil a vu émerger initialement la notion de « violence obstétricale » sans pour autant la qualifier avant 2017, deux pays latino-américains ont participé de façon concrète à l'émergence de ce terme en le définissant et l'intégrant dans leur Constitution : le Venezuela tout d'abord, en 2007, puis l'Argentine, en 2009.

Hugo Chávez, élu en 1999, et héritant d'un Venezuela dirigé jusqu'alors par des partis néolibéraux aux politiques économiques ayant aggravé la pauvreté du pays pourtant riche en ressources pétrolières, va mettre en place, à l'aube du XXI^{ème} siècle, un ensemble de réformes socialistes dans le but de redresser le pays. (Tremblay, 2004) Le mouvement lancé par Chávez prend le nom de « Révolution Bolivarienne », en référence à Simón Bolívar, figure emblématique de l'émancipation des diverses colonies espagnoles sud-américaines au XIX^{ème} siècle, dont il reprend certains idéaux dans le but de créer un *socialisme du XXI^{ème} siècle*. (Fournier, 2010)

Si de nombreuses réformes dans le domaine de la santé ont été menées, permettant entre autres une diminution de la mortalité infantile, ce sont les réformes initiées dans l'intérêt des femmes et de la prévention de la violence à leur encontre qui sont à l'origine de l'inscription du terme de « violence obstétricale » dans la Constitution.

La révolution bolivarienne se proclame féministe et agit en faveur des femmes, comme l'explique Maria Hernández, avocate et activiste féministe : *Chavez a réussi à inspirer ces femmes, il a reconnu qu'il y avait une dette historique envers les femmes en ce qui concerne l'éducation, la santé, il a créé des institutions qui ont pour but de garantir ce processus. Il disait toujours que le Venezuela a un visage de femme*. (« InaMujer », 2017)

Et en effet, à partir de 1999, ceci est retranscrit dans la première Assemblée Constituante, proclamant entre autres la reconnaissance du travail des femmes au foyer comme *activité économique qui crée une valeur ajoutée et produit richesse et bien-être social* pour la nation et qui donne droit par conséquent à la sécurité sociale, ou encore l'utilisation courante d'un langage inclusif et non sexiste. (« Constitución de la República Bolivariana de Venezuela », 1999)

Par ailleurs, la même année, l'Institut National pour les Femmes (InaMujer) a été créé par une réforme de la « Loi sur l'égalité des chances » dans le but de permettre la protection et la réalisation des droits de la population féminine ainsi que la prévention et l'éradication de la violence contre les femmes.

Toutes ces actions répondent aux objectifs des différents traités internationaux ratifiés par le Venezuela, tels que le « Programme d'action » adopté en 1995 à Pékin lors de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes ou la « Convention sur l'élimination de toutes les Formes de discrimination à l'égard des femmes » (CEDAW) adoptée en 1979 par les Etats-Unis d'Amérique.

Par ailleurs, le système de soins vénézuélien, au sein duquel la mortalité maternelle ne cesse d'augmenter et où le taux de césarienne était de 32,2% en 2009 (« GHO | Births by caesarean section - Data by country », 2018) présentait à l'époque de nombreuses failles organisationnelles et économiques, qui se sont progressivement aggravées du fait de la crise économique mondiale de 2007. Le manque d'infrastructures, de personnel formé, l'absence de sages-femmes en salle d'accouchement (Pérez D'Gregorio, 2010) sont le rouage d'un système de santé déshumanisé et maltraitant. Pour exemple, le « *ruleteo* », pratique courante au sein des centres de santé publics vénézuéliens, est le refus d'admettre des patients faute de moyens, et ce même en situation d'urgence.

C'est dans ce contexte qu'a été promulguée en 2007 la « La loi organique pour le droit des femmes à une vie sans violence ». L'article 15 définit diverses violences dirigées spécifiquement à l'encontre des femmes comme étant des violences sexistes.

Les « violences obstétricales » sont ainsi définies dans l'alinéa 13 comme étant *l'appropriation du corps et des processus de reproduction des femmes par le personnel de santé, s'exprimant par un traitement déshumanisant, un abus de médicalisation ainsi qu'une pathologisation des processus naturels. Tout cela ayant comme finalité une perte d'autonomie et une altération de la capacité à disposer librement de son corps et de sa sexualité, ayant in fine un impact négatif sur la qualité de vie des femmes.* » (Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, 2007)

Mais malgré l'existence de cette loi, la situation vénézuélienne vis-à-vis des droits des femmes et de la santé génésique est loin d'être mirifique : en effet, le contexte économique et social actuel au Venezuela ne permet pas une prise en charge médicale adéquate et efficiente des femmes dans les centres de santé, et ce malgré l'existence de lois sociales importantes. Les conditions pour accoucher actuellement sont telles que les femmes fuient en Colombie pour garantir médicalement leur sécurité et celle de leur nouveau-né.

Par ailleurs, sur le plan social, l'avortement est toujours lourdement pénalisé et n'est autorisé uniquement que sous des conditions drastiques telles que la mise en danger de la vie de la mère.

Enfin, au-delà des questions de genre et d'économie de la santé, l'indigénité reste encore très marquée au Venezuela et contraste avec l'héritage occidental d'un système de soin biomédical et technologique. La violence réside alors également dans l'imposition d'une conception de la reproduction et de l'accouchement médicalisé aux populations indigènes. (Gonçalves Martín, 2016)

En Argentine, à partir des années 2000, dans un contexte de crise économique, politique et sociale majeur, de nombreuses mesures drastiques sont instaurées par des gouvernements éphémères successifs dans le but de redresser l'économie du pays, minant le climat social argentin. (Broder, 2012)

La situation, légèrement stabilisée à partir de 2002, a encouragé les gouvernements successifs de centre-gauche de Néstor Kirchner puis de Cristina Kirchner à initier un changement dans leurs politiques publiques, et notamment dans le domaine des droits sexuels et reproductifs. (Felitti, 2014)

Ainsi, l'Argentine a vu apparaître parmi d'autres réformes dans les années 2000 la promulgation d'une loi en faveur de l'accouchement humanisé (2004), la création du « Programme National d'éducation sexuelle » (2006) ou encore la « Loi de protection intégrale des femmes » pour prévenir, sanctionner et éradiquer la violence de genre (2009).

Le terme de « violence obstétricale » est intégré pour la première fois à cette « Loi de protection intégrale des femmes » ayant pour objectif de *prévenir, punir et éradiquer la violence contre les femmes dans les zones où elles développent leurs relations interpersonnelles*. Ainsi, la « violence obstétricale » est définie dans l'article 6 comme une violence *exercée par le personnel de santé sur le corps et les processus reproducteurs des femmes, s'exprimant par un traitement déshumanisé, un abus de la médicalisation et la pathologisation des processus naturels*. (« Ley de Protección Integral de Mujeres Argentina », 2009)

En outre, comme l'explique Carlos Herrera Vacaflor dans son analyse sur ce nouveau concept de « violence obstétricale » en Argentine (2016), l'intégration de cette notion dans la loi tend à mettre en lumière le manque de moyens mis à disposition pour la santé maternelle et reproductive et à remettre en question la surmédicalisation des actes, non bénéfique in fine pour les patientes.

Et bien que la refonte d'une médecine fondée sur les faits (*Evidence based medicine*) ait été exigée par le Ministère de la Santé argentin en 2004 afin de diminuer les pratiques invasives délétères, la pratique clinique en est toute autre.

Enfin, l'article de loi argentin concernant les « violences obstétricales » fait également directement référence à la loi sur l'accouchement humanisé promulguée en 2004 stipulant que toute femme, en relation avec la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum, a des droits tels qu'être informée des différentes interventions médicales qui peuvent avoir lieu, afin de pouvoir choisir librement différentes alternatives lorsqu'elles existent, ou encore d'être traitée avec respect, et ce de manière individuelle et personnalisée. (« Ley Nacional n°25929 Parto Respetado », 2004)

Ainsi, les modèles vénézuélien et argentin ont initié un mouvement en Amérique latine, dont s'est inspiré le Mexique par exemple, où le GIRE (*Gupo de Informacion en Reproduccion Elegida : Groupe d'information pour la reproduction choisie*) milite activement mais sans succès depuis le début des années 90 pour inscrire la justice reproductive dans les droits fondamentaux mexicains, en se fondant sur des arguments légaux, sociaux, bioéthiques, et de santé publique.

En effet, grâce à l'influence alentour, une dizaine d'états mexicains ont récemment intégré les violences gynécologiques et obstétricales dans leurs lois générales contre les violences et deux de ces États, le Chiapas et le Veracruz, ont inclus un volet pénal à ces lois. (« Ley de acceso a una vida libre de violencia para las mujeres en el estado de Chiapas », 2015)

Cependant, malgré la volonté des divers pouvoirs publics socialistes de placer les droits des femmes et des usager.es des systèmes de soin au cœur des politiques sociales, le contexte économique difficile et l'hétérogénéité sociale et culturelle présents en Amérique latine n'en permettent pas une application concrète et optimale.

1.2 L'apparition du concept en Amérique du nord

Au Québec, des revendications à l'encontre de la médicalisation de la naissance et en faveur d'une humanisation de celle-ci ont lieu depuis les années 1970. Par ailleurs, sporadiquement et ce depuis le début des années 2000, des chercheur.se.s en sciences humaines ou militant.e.s, canadien.ne.s pour la plupart, s'interrogent sur le sujet des « violences obstétricales » et ont permis l'exportation de cette problématique vers le public francophone.

Hélène Vadeboncoeur, chercheuse canadienne en sciences humaines s'intéressant au domaine de la périnatalité et ayant eu pour problématiques de recherche dès 2003 « Comment traite-t-on les femmes qui accouchent au Québec ? » et « Peut-on regarder les pratiques obstétricales sous l'angle de la violence ? », définit différents types de violences pouvant être exercées en obstétrique : les violences thérapeutiques, systémiques ou psychologiques. (Vadeboncoeur, 2003)

Une autre chercheuse en périnatalité canadienne, Stéphanie St-Amant, a étudié la polémique des « violences obstétricales » bien avant sa diffusion médiatique, lorsque l'expression circulait uniquement dans les milieux militants en faveur de la « naissance respectée ». Elle en a fait le sujet de sa thèse de doctorat en sémiologie en 2013, dans laquelle elle démontre comment et pourquoi le domaine de l'obstétrique est particulièrement propice aux violences. (Saint-Amant, 2013)

Elle défend l'idée, dans un entretien donné en 2014, *qu'une femme enceinte, socialement, doit se soumettre à une autorité médicale, afin d'être perçue comme une future bonne mère. Pratiquement toutes les femmes ont intégré cela. Dès qu'une femme tombe enceinte, elle accourt chez le médecin pour « officialiser » sa grossesse, comme s'il y avait urgence. Elle doit passer une batterie de tests, et elle a un suivi presque plus serré qu'un patient atteint du cancer... Le corps de la femme enceinte devient une possession sociale.* (« Un doctorat sur les violences obstétricales », Planète F, 2014)

Toujours au Québec, le Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) actif depuis 1980 dans la recherche d'une humanisation de la période périnatale, participe en 2008 à une enquête sur la question de la maltraitance, de la négligence ou de la violence pendant l'accouchement. (Audibert, 2016)

Cependant, malgré leur portée scientifique et sociale, les travaux de ces chercheuses et les actions de ces collectifs ont initialement eu peu d'écho hors des milieux militants et ont été violemment décriés par le corps médical.

Par ailleurs, diverses organisations non gouvernementales ayant pour fer de lance la lutte contre les « violences obstétricales » ont été créées aux Etats-Unis et au Canada dans les années 2010. On peut citer respectivement « Human Rights in Childbirth », créée en 2012, qui est à l'initiative de la première « Conférence internationale sur les droits de la personne et l'accouchement » organisée à La Haye la même année, et « Humanize Birth » créée en 2013.

Enfin, c'est notamment par les écrits du Docteur Marc Zaffran, plus connu sous le pseudonyme « Martin Winkler », ancien médecin tourangeau installé au Canada, que la problématique des « violences obstétricales » a été popularisée et diffusée outre-Atlantique, puis en Europe.

En 2009, il publie le roman « Le Chœur des femmes » (Winckler, 2009), mettant en scène une jeune interne dans un centre de soin pour femmes, n'ayant pas le temps ni l'envie de *tenir la main des patientes*, découvrant peu à peu l'intérêt d'écouter les femmes et de leur offrir une prise en charge médicale respectueuse. Ce roman, très bien reçu par la critique, a permis de diffuser l'idée au sein du grand public –surtout de jeunes femmes- que la prise en charge gynécologique doit être bienveillante et non pas brutale, expéditive ou moralisante.

Très critique à l'encontre du système médical français et engagé contre les maltraitances médicales, Martin Winkler signe plus tard, en 2016, un ouvrage intitulé « Les Brutes en blanc » (Winckler, 2016), réquisitoire sévère contre les violences exercées par les professionnels de santé, ayant une importante portée médiatique.

1.3 La diffusion en Europe et dans les milieux militants français

Depuis le début des années 2000, des associations francophones se constituent en Europe, avec pour objectif la représentation d'usager.e.s du système de santé dans le domaine de la naissance et la défense des droits des parturientes.

Par exemple, en Belgique, le collectif « Plateforme pour une Naissance Respectée » fondé en 2014, demande la reconnaissance et la mise en place de mesures de prévention à l'encontre des « violences obstétricales ».

Néanmoins, onze ans auparavant, en France, a été fondé le CIANE (Collectif Interassociatif Autour de la Naissance), un regroupement pivot dans le paysage des associations représentant les usager.e.s dans le domaine de la naissance, ayant pour ambition d'*améliorer les conditions de la naissance* et de *faire évoluer les attitudes et les pratiques entourant la maternité, de manière à les rendre plus respectueuses des personnes et de la physiologie de l'accouchement*.

Créée à l'origine dans le but de contrecarrer le Collège National des Gynécologues Obstétriciens (CNGOF) lors des premiers Etats Généraux de la Naissance, l'association a perduré et a centré son action sur trois axes : la diversification de l'offre de soin, la transparence de l'information, et le respect dans les pratiques. (Audibert, 2016)

Le CIANE a ainsi initié, en 2012, une enquête nationale permanente sur le vécu de l'accouchement afin de pouvoir *porter la parole des femmes auprès des professionnels*. (Ciane, 2018) Cette enquête, dont les résultats sont déclinés au travers de grandes thématiques telles que la prise en charge de la douleur, l'accompagnement pendant l'accouchement ou encore le respect du consentement dans les soins, a permis de rendre compte objectivement du ressenti des femmes face à leur prise en charge périnatale.

Par ailleurs, l'Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté (AFAR), présidée par la franco-suédoise Barbara Strandman, est une association d'usager.e.s spécifiquement orientée dans le domaine de la périnatalité, membre du CIANE et active dans la recherche d'une naissance humanisée depuis 2004.

Elle a contribué en 2016, avec le CIANE, à la diffusion d'une bibliographie complète mais non exhaustive sur les « violences obstétricales » avec une approche scientifique, juridique, et des apports tenant des sciences humaines et sociales.

Ces associations, militant pour le droit des parturientes, ont participé à l'initiation de la diffusion de la polémique actuelle des « violences obstétricales » auprès du grand public en France.

En effet, bien que reconnues essentiellement dans le milieu de la naissance ou au sein des réseaux féministes, elles ont posé les fondations permettant la diffusion de ce qui est devenu aujourd'hui un sujet de société à part entière.

Mais de façon concrète, en Europe, c'est la juriste belge Marie-Hélène Lahaye qui a dénoncé, à l'aube des polémiques, les « violences obstétricales ». Dès 2013, elle publie divers textes militants sur ce qui deviendra plus tard un sujet social à part entière, sur son blog « Marie accouche là » hébergé sur Lemonde.fr.

Aujourd'hui porte-parole auto-proclamée de la lutte contre les « violences obstétricales » en France, elle milite de façon très active au travers de son blog ayant pour but *l'exploration féministe et politique autour de la naissance*, sur les réseaux sociaux, mais également lors de conférences ou d'actions revendicatrices comme l'a été le « Off du CNGOF » en 2017.

2. 2014 - 2018 : En France, l'émergence et la diffusion d'une toute nouvelle préoccupation sociale : analyse chronologique.

Avant 2017, les médias nationaux français traitent les polémiques ayant pour sujet les « violences obstétricales » ou les « maltraitements gynécologiques » au fil de l'actualité, mais sans utiliser ces termes. Ils sont cependant utilisés sporadiquement de façon interchangeable sur les blogs ou les réseaux féministes, et ce dès 2014 en France.

La diffusion sur les réseaux sociaux et dans une émission de France Culture (« Collection Témoignages », 2015) des concepts de « violence » et « maltraitance » en gynécologie et obstétrique a ainsi permis l'émergence de ce nouveau sujet de société en France.

A partir du milieu de l'année 2017, le terme de « violence obstétricale » apparaît pour la première fois dans les médias nationaux, concomitamment aux déclarations controversées de Marlène Schiappa, secrétaire d'Etat chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, sur le taux d'épisiotomies pratiquées dans les centres hospitaliers français. (« Épisiotomie, retour sur l'audition polémique de Marlène Schiappa », Public Sénat, 2017)

Cette expression est alors posée pour la première fois dans le débat public : on assiste ainsi à l'apparition et la mise en place de nouvelles normes sociales.

Ainsi, nous allons revenir chronologiquement sur les différentes polémiques ayant eu lieu en France entre 2014 et 2017 et analyser leur diffusion dans les médias, afin d'illustrer le processus ayant permis l'apparition de ces nouvelles normes.

2.1 Les lanceur.se.s d'alerte: pivot central de l'émergence de la notion de « violence obstétricale » en France.

2.1.1 Le « point du mari » : point de départ des polémiques dans l'hexagone.

C'est en 2014 que tout a commencé. Une sage-femme, Agnès Ledig, dénonçait le « point du mari » dans un texte publié le 21 mars 2014 sur le blog d'Isabelle Alonso, militante féministe, romancière et chroniqueuse de radio. Ce sujet, habituellement traité au sein de forums de jeunes mères, devient alors viral.

Le « point du mari » serait un point supplémentaire effectuée au niveau de la fourchette vulvaire, par les gynécologues obstétriciens ou les sages-femmes, lorsqu'une suture de l'épisiotomie est réalisée lors de l'accouchement, dans le but de resserrer le vagin. Cette pratique permettrait d'augmenter le plaisir masculin lors de la pénétration, d'où son nom « point du mari ».

Dans les commentaires de cet article, de nombreuses femmes, patientes ou sages-femmes, témoignent de cet acte qui aurait été pratiqué de façon anodine pendant des années : *Je l'ai vu faire. Pendant mes études, dans les années 90, dans un CHU français, par des sages-femmes, en toute innocence. Je pense qu'elles ne comprenaient pas les conséquences. Tout le monde trouvait ça bien.* (« Le «point du mari»», Isabelle Alonso, 2014)

Agnès Ledig se repose sur des témoignages de patientes pour dénoncer cette pratique, qui n'a jamais été évaluée de façon objective au sein des maternités. Dans l'Express, en mars 2014, elle déclare que *personne n'a de statistiques. C'est quelque chose qui ne se claironne pas. Mais il y a des témoignages, donc ça existe. Je pars du principe qu'il faut croire les femmes. C'est peut-être anecdotique. Même si elles ne sont que dix, cela reste insupportable. Je veux juste dénoncer les violences médicales.* (« Le douloureux “point du mari” pour un “vagin de jeune fille” après l'accouchement - L'Express », 2014)

D'autres écrits publiés antérieurement viennent étayer cette polémique.

En 2012, Elisa Brune, journaliste scientifique belge, dénonce dans son ouvrage « La révolution du plaisir féminin » *une façon de recoudre [l'épisiotomie] qui n'est pas sans implication : on recoud souvent bien serré, dans une optique que le vocabulaire éclaire (on appelait autrefois cette suture « les points du père » ou « les points de courtoisie ») : cela fera plaisir au mari.* (Brune, 2012) Ces mots, elle les tient de Bernard This, médecin et psychanalyste français, qui stipulait en 1980, dans son ouvrage « Le père, acte de naissance » que *faire une épisiotomie implique cet autre geste : recoudre. On recoud souvent « bien serré » (« votre mari me remerciera, madame! »), ce qui s'appelait autrefois des « points de courtoisie » ou les « points du père »... En termes appropriés, il s'agit d'infibulation.* (This, 1980)

On aperçoit également auparavant, dès la fin de l'année 2013, l'expression « point du mari » mentionnée par des femmes ayant mal vécu les suites de leur épisiotomie dans la plupart des cas, dans des témoignages diffusés au sein de blogs ou de forums.

Chloé, en novembre 2013, dénonce cette pratique qu'elle aurait subie après son accouchement en commentaire sous une tribune de Marie-Hélène Lahaye sur le toucher vaginal dans le blog « Marie accouche-là » : *Je peux lui reprocher –au gynécologue- ce geste qu'il a eu au moment de recoudre mon périnée malmené. [...] Il a eu la démarche [...] de rajouter un point, ce qu'ils appellent dans leur adorable jargon, « le point du mari ». Ce petit point supplémentaire qui permet aux hommes de ne pas souffrir du vagin distendu de leur femelle après un accouchement. Cette petite mutilation de rien-du-tout qui a rendu les rapports sexuels au mieux insupportablement douloureux et au pire impossibles.* (« Toucher vaginal, la mainmise sur le sexe des femmes », Lahaye, 2013)

Le 18 avril 2014, en réaction aux déclarations d'Agnès Ledig, l'association « Osez le féminisme » ouvre une pétition à l'intention de Marisol Touraine, alors Ministre de la Santé, pour la tenue d'une enquête sur la question. A ce jour, en août 2018, seules 3517 signatures ont été recensées, et aucune enquête précise sur le sujet n'a été ouverte.

Comment cette polémique a-t-elle été traitée dans les médias ?

La polémique du « point du mari », apparue sur les réseaux sociaux le 21 mars 2014, est traitée dans la presse généraliste nationale, quotidiens et hebdomadaires confondus, une semaine plus tard, à partir du 27 mars 2014.

Seuls les journaux d'orientation centre gauche diffusent des articles sur le sujet à ce moment-là, tels que L'Express, Libération ou encore Le Monde. Nous allons étudier ici les trois articles ayant pour sujet le « point du mari » que nous avons pu recenser sur Europresse.

Le premier à traiter la polémique est l'Express (« Le douloureux "point du mari" pour un "vagin de jeune fille" après l'accouchement », L'Express, 2014), qui titre son article avec des mots forts et attisés. Il illustre la polémique par des témoignages de femmes victimes sans pour autant mettre en lumière le contexte autour des actes subis par les femmes : « Emilie a connu un accouchement difficile il y a cinq ans. Episiotomie et déchirure à la clé. [...] "*Je ne peux pas vous dire combien de points il a fait mais il y en a eu beaucoup*". ».

Les sages-femmes, « blouses roses », dans l'article, sont uniquement témoins ou dénonciatrices de ces actes : « "*Le spécialiste venait de suturer une toute jeune maman de manière serrée. Je l'observais en train de faire, il me semblait bien qu'il faisait quelque chose de bizarre à l'entrée du vagin*", se souvient cette sage-femme », « "*Je ne savais pas que ça avait un nom ! Une fois, un mari m'a demandé alors que je suturais sa femme si je pouvais serrer un peu plus le vagin...*" témoigne ainsi sur Facebook une de ses collègues "blouse rose". ».

Lorsque l'on en vient à expliciter l'avis de la partie adverse, les gynécologues, les mots d'un champ lexical d'opposition (« rejette en bloc ») sont utilisés.

Néanmoins, malgré une opposition manichéenne et sans nuance des deux corps de métiers impliqués dans cette polémique, ce premier article pose en conclusion une question féministe de fond sur l'émergence de cette polémique: « Sans aller jusqu'au "point du mari", ce débat soulève la question des conséquences d'accouchement difficiles ayant provoqué déchirures et/ou épisiotomie sur la sexualité des femmes. ».

L'article du Monde (Jeantet, 2014), publié le 18 avril 2014, est une illustration assez remarquable du pouvoir des mots et de leur association. Intitulé « Derrière le « point du mari », le traumatisme de l'épisiotomie », il comporte, dès les premiers paragraphes, le lexique adéquat pour susciter la peur et l'indignation chez le lecteur : « médecins qui décident », « bruits qui circulent », « vagin de jeune fille », « geste clandestin », « risque de déchirer le périnée de sa mère », « une "horreur", une "abomination", une "mutilation" qui donne envie de "vomir" ».

Par ailleurs, les sages-femmes ne sont pas citées, ni dénonçant ces pratiques, ni en étant l'auteur, hormis dans les mots d'un chirurgien interviewé en fin d'article.

Les gynécologues sont, eux, représentés par le Docteur Jean Marty, président du Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens, qui conteste cette polémique. Les mots de Jean Marty sont choisis : « *C'est surtout "dans la tête des femmes"* », « *La chirurgie est du domaine de l'art, on peut penser que certains médecins ont eu l'idée qu'en modifiant un peu leur façon de suturer, ils amélioreraient un peu la sexualité, et ça, ça ne nous choque pas* », « *Vous avez aussi des femmes qui sont bien dans la victimologie, qui se retrouvent dans une forme de souffrance parce qu'elles arrivent à susciter l'intérêt* ».

Malgré les mots plus que contestables du gynécologue, la façon dont il est mis en avant dans l'article n'est pas neutre. La décrédibilisation est à l'honneur, grâce au sarcasme « conseil d'accoucheur expérimenté » ou à la mise en parallèle de ses dires avec une chanson grivoise de Georges Brassens.

Par ailleurs, l'article présente le « point du mari » comme conséquence directe de l'épisiotomie. Or, médicalement, une suture peut être réalisée, de façon toute aussi importante, dans le cas d'une déchirure spontanée. De plus, il cite l'épisiotomie comme étant un geste « banalisé ». Cependant, sur le terrain et dans les écoles, et ce depuis une dizaine d'années, l'épisiotomie est loin d'être une pratique courante. Selon l'enquête périnatale de 2016, elle serait réalisée dans moins de 20% des cas, accouchements eutociques ou avec manœuvres instrumentales confondus. (« Enquête Nationale Périnatale, Rapport Complet », 2016.)

Si l'article touche du doigt les problèmes majeurs illustrés par cette polémique, à savoir le manque d'information des femmes et l'absence du consentement libre et éclairé, ou encore les déficiences d'un système de santé en souffrance, il présente l'affaire avec des mots forts, alarmants et peu pondérés, permettant de développer un sentiment d'indignation fort chez le lecteur.

On peut noter l'histoire de cette femme, ayant eu *quatorze points de suture entre les jambes* ou la conclusion de l'article : « La peur du "point du mari", donc, serait aussi la conséquence d'un travail extrêmement délicat totalement banalisé, parfois bâclé [...] ».

Enfin, bien qu'utilisant le champ lexical de la violence (« pratique barbare », « texte virulent ») et malgré son sous-titre polémique « La rumeur d'une pratique barbare sur le sexe de la femme pour le seul plaisir de l'homme oppose féministes et médecins » ; l'article de Libération (« Faut-il en découdre avec le «point du mari»? », Libération, 2014) du 7 mai 2014 propose une analyse légèrement moins dualiste.

Il illustre, à grand renfort de témoignages, la surprise et l'incompréhension des acteurs principaux de cette polémique, qu'ils soient sages-femmes, internes ou gynécologues et ne manque pas de signaler que « l'épisiotomie n'est pas seulement un geste d'homme. A l'hôpital, ce sont très souvent des sages-femmes qui font les accouchements et donc y ont recours. »

La pondération est par ailleurs mise en avant dans l'article : « Si la féministe [d'Osez le féminisme] finit par reconnaître qu'on peut douter de l'existence du point du mari, elle estime que *"la moindre des choses serait de mener l'enquête"*. »

Attardons-nous par ailleurs sur les dires du Docteur Jean Marty, qui paraissent, dans cet article, plus « nuancés » vis-à-vis de la controverse que dans l'article précédent: « *Je ne nie pas que la barbarie médicale existe. L'histoire a prouvé que tous les comportements pervers peuvent se produire.* », « *Notre métier consiste à aider les femmes, rétablir une bonne situation de leur périnée et les rassurer sur leur sexualité.* »

Le lien entre épisiotomie et « point du mari » est par ailleurs inéluctable dans les médias, et l'article de Libération n'échappe pas à la règle : « Et si c'était l'épisiotomie elle-même qui, au fond, créait angoisses et fantasmes ? ».

Enfin, cet article conclue, en tempérant et en citant le CIANE, de la nécessité d'informer et de « *comprendre les craintes des femmes autour de leur intimité.* ».

Ainsi, ces trois articles, bien que plus ou moins neutres et pondérés dans leur façon de mettre la polémique à portée de leur large lectorat, posent tout de même une question féministe cruciale sur les conséquences de l'intervention médicale lors de l'accouchement sur la sexualité et l'intimité des femmes, et permettent d'alimenter le débat déjà très présent sur les réseaux sociaux.

2.1.2 « #Paye ton utérus » : quand les réseaux sociaux s'emballent.

Le 19 novembre 2014, à 10h, « Ondeejeune », une étudiante en pharmacie, publie sur Twitter le message suivant : « *Ça vous dit pas qu'on fasse un hashtag pour parler de l'accès aux soins des gens qui ont un utérus ?* » puis « *Allons-y, tweetez sur #PayeTonUterus pour raconter vos galères médicales.* »

Twitter est un réseau social très influent à l'international comme en France. Il permet de publier des messages courts et percutants sur internet (appelés tweets) publiquement et répertoriés grâce à des hashtags (#). Ces hashtags sont des marqueurs utilisés pour attribuer à un contenu un mot-clé qui pourra facilement être retrouvé dans une base de données : il permet ainsi de recenser tous les messages s'y rapportant.

En quelques heures, le hashtag « PayeTonUtérus » devient extrêmement utilisé dans l'hexagone, et les femmes expriment ouvertement les anecdotes de leurs malaises ressentis auprès de professionnel.le.s de santé concernant l'examen gynécologique, la sexualité ou encore le choix de la contraception. Diverses professions sont visées, allant du pharmacien à la sage-femme, de l'anesthésiste au gynécologue, bien que ces derniers soient les acteurs les plus cités dans les témoignages des femmes.

A 17 heures, des milliers de tweets plus tard, le hashtag « PayeTonUtérus » est en 3^{ème} position des tendances de Twitter au niveau national.

Quelques illustrations de ces témoignages, entre infantilisation, non-respect du consentement, négation de la douleur, discrimination, ou encore absence d'empathie permettent de situer l'ampleur et la diversité de la polémique :

Quand je mentionne ma copine, la gynéco me dit « Je vais vous prescrire la pilule pour quand vous aurez une vraie relation » #PayeTonUtérus ;

#PayeTonUtérus « vous êtes folle » « c'est dans votre tête » « vous êtes douillette »... 10 ans plus tard : « vous avez une maladie » #endométriiose" ;

#PayeTonUtérus quand on te fait un frottis vaginal sans prévenir : tu demandes ce qu'il se passe, tu refuses, et il est fait quand-même. #Aïe ;

« C'est bizarre, vous avez aucune MST alors que vous n'avez pas de partenaire fixe ! » #PayeTonUtérus ;

#PayeTonUtérus « Oh, vous êtes dure à examiner, j'ai failli y perdre deux doigts haha »

#PayeTonUtérus « A 27 ans vous ne voulez toujours pas d'enfants ? Venez pas vous plaindre quand plus tard vous n'y arriverez pas ! » ;

Quand j'ai acheté une pilule du lendemain, leçon de morale de la pharmacienne. Quand mon mec l'a acheté, elle l'a félicité #PayeTonUtérus ;

« Vous n'allez pas lui faire ça?! » : je proposais à ma gynéco d'utiliser plutôt le préservatif que la pilule avec mon mari. #PayeTonUtérus

Si ces témoignages peuvent sembler anecdotiques au premier abord, leur nombre, la diversité des femmes qui s'expriment et la rapidité de leur publication est édifiante : ils expriment de façon assez claire, à ce moment-là, le malaise et l'exaspération des femmes concernant leur prise en charge médicale, particulièrement dans le domaine gynécologique.

Différents médias nationaux s'emparent de ce hashtag le jour même, comme le Huffington Post (« Contraception, pilule du lendemain... avec #PayeTonUterus, les femmes racontent sur Twitter leurs galères avec le corps médical », Huffington Post, 2014) puis L'Express (« #PayeTonUtérus: quand les femmes se lâchent contre leur gynéco », L'Express, 2014)

Les jours suivants, le sujet continue à intéresser de nombreux médias d'information nationaux, comme Europe 1 (« #PayeTonUterus: les dessous d'un buzz », 2014) ou Le Monde (« #PayeTonUtérus, contre les gynécologues irrespectueux », 2014), et touche également la presse féminine nationale.

Par ailleurs, l'expansion rapide sur les réseaux sociaux d'un mot-clef comme « PayeTonUtérus » est une mine de recherche particulièrement intéressante pour décrypter la façon dont les réseaux sociaux peuvent porter médiatiquement un fait de société.

Nicolas Vanderbiest, doctorant en sociologie à l'Université Catholique de Louvain travaillant sur les sujets de crise dans les médias sociaux a réalisé une étude sur ce phénomène en décembre 2014. Il a pu démontrer que les personnes ayant partagé ce hashtag étaient majoritairement des femmes, de catégorie socio-professionnelle supérieure et ayant des intérêts divers et variés. La présence de militant-e-s féministes est à noter également.

Par ailleurs, il a mis en évidence que le pic de messages sur Twitter avait explosé en à peine quatre heures puis s'était temporisé, jusqu'à devenir relativement stable malgré quelques pics d'activité à 16h et 19h, liés aux publications d'articles sur les sites du Huffington Post et de L'Express à ces mêmes heures. (Vanderbiest, 2014)

Cette étude permet de mettre en évidence le lien inéluctable qui lie presse d'information et réseaux sociaux aujourd'hui. En effet, les réseaux sociaux et la presse se nourrissent respectivement afin de créer et faire prospérer divers sujets polémiques : une fois l'amorce virale lancée, le sujet devient sujet de société.

A ce jour, en août 2018, le hashtag « PayeTonUtérus » est toujours très actif en France, mais également dans le monde francophone, comme dans la province canadienne de Québec ou encore en Afrique subsaharienne.

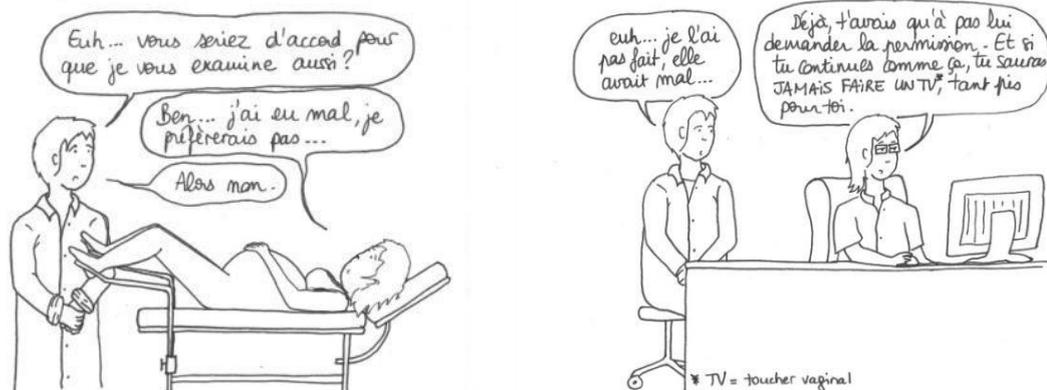
2.1.3 Les « touchers vaginaux sur patientes endormies » : l'esquisse d'une entrée de la controverse dans la sphère politique.

Cette polémique a commencé le 28 janvier 2015, par la divulgation du carnet de stage des externes d'obstétrique de la faculté de médecine de Lyon Sud par un pharmacien parisien. Sur ce carnet de stage, on peut lire comme objectif dans la catégorie « savoir-faire » :

« examen clinique de l'utérus et des annexes par le toucher vaginal et le palper abdominal (apprentissage au bloc sur patiente endormie) ».

Après sa divulgation sur Twitter avec l'annotation « *Comment obtient-on le consentement pour un TV sur patiente endormie par étudiants ?* », le carnet jusqu'alors disponible sur le site internet de la faculté Charles Merieux a été supprimé de la plateforme. Il est cependant toujours possible d'en obtenir une version dans le « cache » de Google, fonctionnalité permettant d'accéder à d'anciennes pages d'un site web.

Il se trouve que dès 2011, un médecin généraliste, sous le pseudonyme de « Gélule », dénonçait déjà l'encouragement à la réalisation de touchers vaginaux sur patientes plus ou moins consentantes, sous formes de dessins, dans son blog « Sous la blouse », également supprimé depuis.



« Gélule » ©, 2011.

Marie-Hélène Lahaye, juriste et féministe, s'est exprimée au sujet de la réaction de la sphère médicale sur cette affaire quelques temps plus tard : « *Il y a d'abord eu la doyenne de l'Université de Lyon qui a dit que si on demande l'avis aux patientes elles vont dire « non », alors on ne leur demande pas leur avis. Puis le président du CNGOF a déclaré dans la presse "on ne va pas demander aux femmes leur consentement, ce serait de la pudibonderie !".* » (« Collection Témoignages », 2015)

Après cette polémique début 2015, Marisol Touraine, alors ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes, demande l'établissement d'une enquête sur les conditions d'apprentissage des étudiants en médecine concernant les examens cliniques pelviens tels que les touchers vaginaux ou rectaux.

Dans un communiqué de presse, le 27 octobre 2015, la ministre déplore que le rapport de la Conférence Nationale des Doyens des Facultés de Médecine soit défavorable. En effet, l'enquête révèle que lorsque l'examen est réalisé chez une personne sous anesthésie générale, le consentement préalable du patient n'est pas recueilli dans 33% des cas pour les étudiants en 2^{ème} et 3^{ème} année et dans 20% des cas pour les étudiants en 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année. (« Formation clinique des étudiants en médecine, rapport », 2015)

Marisol Touraine, dans son communiqué, insiste alors sur le fait que *les actes concernés, totalement illégaux, exposent à des poursuites pénales* et que *l'Etat sera d'une extrême fermeté face à ces pratiques inacceptables, qui portent atteinte à l'intégrité du corps humain et aux droits fondamentaux des patients*. (« Touraine - Touchers vaginaux et rectaux sans consentement, communiqué », 2015)

Concernant sa diffusion dans les médias, la polémique des « touchers vaginaux sur patientes endormies » a été plus prolifique dans la presse nationale généraliste que celle du « point du mari ».

Sur l'année 2015, dix journaux nationaux ont commenté cette polémique, selon Europresse.

On peut citer parmi eux L'Express, Europe 1, Le Point, Le Huffington Post, Le Monde, Rue 89, La Croix, Libération, 20Minutes et le Figaro. Par ailleurs, de nombreux quotidiens régionaux ont également traité le sujet au cours de cette même année.

Si le premier journal à parler de l'affaire lyonnaise a été Le Progrès, quotidien lyonnais, les médias nationaux se sont emparés du sujet à peine une semaine plus tard.

Nous allons étudier deux des premiers articles sortis sur cette polémique, l'un édité dans l'Express (« Touchers vaginaux sur patientes endormies: "viol" ou pratique pédagogique?, L'Express », 2015), hebdomadaire de centre-gauche, le 4 février 2015, et l'autre publié dans Le Point (« Le toucher vaginal au bloc sans consentement préalable est un viol, Le Point », 2015), hebdomadaire de centre-droit, le 6 février 2015.

Par ailleurs, il est particulièrement intéressant de noter la parution d'un article remettant en cause l'utilité du toucher vaginal chez les femmes asymptomatiques en dehors de la grossesse, études à l'appui, à peine un mois avant le début des polémiques, dans le Quotidien du Médecin, bihebdomadaire médical national. (« Le toucher vaginal remis en cause dans le suivi gynécologique de routine », 2015)

L'Express titre donc, quelques jours après l'émergence de la polémique : « Touchers vaginaux sur patientes endormies: "viol" ou pratique pédagogique ? ».

Hormis les guillemets autour du mot « viol » minimisant sa signification, l'article présente les faits et les avis bipartites de manière relativement neutre et concise, en citant la Doyenne de la faculté de médecine de Lyon et le président du Collège National des Gynécologues Obstétriciens d'une part, et le médecin engagé Marc Zaffran, plus connu sous le nom de Martin Winkler, d'autre part.

L'article oppose donc la Doyenne de la faculté de médecine de Lyon, qui *reconnaît qu'un accord n'était pas systématiquement demandé aux patientes dans le cas d'un toucher vaginal pédagogique*, à Martin Winkler, qui assène que *l'on mesure les lacunes éthiques insondables de Mme la Doyenne. Tout le propos du consentement, c'est précisément que les patients ONT LE DROIT de refuser*. Martin Winkler dénonçait déjà les touchers vaginaux exercés sur les patientes anesthésiées sur son blog un an auparavant, qu'il qualifiait de *viol couvert par les personnes responsables*.

Toujours en opposition, les propos du président du collège national des gynécologues obstétriciens de l'époque, le Docteur Bernard Hédon qui affirme que *les étudiants palpent beaucoup mieux les structures lorsque la patiente est anesthésiée, car les muscles sont détendus*, que « *c'est de la médecine, on n'est pas dans un fantasme de viol !* » et pour qui les réactions vont *trop loin dans la pubonderie* sont commentés par Martin Winkler, qui obtient le mot de la fin.

Ce premier article, bien que dualiste, présente ainsi l'affaire de façon relativement neutre, sans orienter de façon franche les pensées du lecteur dans une direction particulière.

L'article du Point, quant à lui, intitulé sans fioriture et sans guillemets « *Le toucher vaginal au bloc sans consentement préalable est un viol* », prend pour parti de réaliser l'interview de Clara de Bort, directrice d'hôpital, féministe engagée contre ces pratiques, et plus généralement contre les violences institutionnelles et les violences faites aux femmes.

Dans ses réponses, elle oppose certains médecins, qui *nient l'existence de tels actes*, aux autres professionnels de santé et aux étudiants qui mettent en avant l'intérêt pédagogique de l'acte.

Ce qu'il est intéressant de noter dans cet article, est qu'il permet l'une des premières mise à portée du grand public de la notion de violence institutionnelle dans ce débat, qu'elle soit exercée par ou envers les professionnels de santé, de façon explicite et sans détour.

Clara de Bort introduit, dans son discours, la notion de violence institutionnelle exercée à l'encontre des (futurs) professionnels de santé, qui se dessine en toile de fond des polémiques sur le sujet: « *Pour l'étudiant en médecine, être contraint par ses formateurs à procéder à un acte contraire à ses valeurs constitue une grande violence.* ». Elle fait ensuite le lien avec les violences institutionnelles imposées aux patients : « *Le jeune est invité à banaliser un geste pour lequel il éprouve des appréhensions légitimes, non sur le plan technique mais sur le plan éthique. À défaut de consentement, la personne qu'il examine est réduite à un organe.* »

Enfin, elle requiert une investigation afin d'éclairer le contexte présent autour de cette polémique, et demande que *le recueil du consentement sur les actes pratiqués par des étudiants soit systématisé dans l'ensemble des hôpitaux français*.

Ainsi, cet article dénote au sein des quelques articles publiés sur le sujet polémique de janvier 2015, par sa structure (une unique interview) et le choix de la protagoniste, non médecin mais directrice d'hôpital, objective de par sa formation en santé publique mais pourtant non neutre car féministe engagée, ayant publié une tribune dénonçant le non-respect du consentement dans la formation médicale en réponse à la polémique des « *touchers vaginaux sur patientes endormies* ».

2.1.4 Emission « Sur les Docks » de France Culture

« Quand elle survient, la maltraitance médicale est une réalité que les femmes taisent, car perçue comme inhérente à la condition féminine », telle est la phrase d'accroche du documentaire.

Le 28 septembre 2015, France Culture a diffusé dans son émission « Sur Les Docks » un documentaire élaboré par Mélanie Dechalotte et François Teste, journalistes, recensant divers témoignages sur les « maltraitances gynécologiques » issus notamment des réseaux sociaux, revenant sur les diverses polémiques et permettant une ouverture sur la question. (« Collection Témoignages », 2015)

Un record d'audience a été enregistré pour cette émission, où l'irrespect, les paroles condescendantes et le paternalisme en gynécologie sont mis en lumière. Les témoignages de gestes et/ou paroles déplacés, actes intrusifs ou douloureux se suivent et se ressemblent, et ce, quels que soient les professionnel.le.s de santé mis en cause.

Martin Winkler, engagé dans l'éthique du soin remettant entre autres régulièrement en cause la formation des étudiants de filières médicales, explique alors au cours de l'émission que la maltraitance en gynécologie se manifeste par *la supériorité affichée, le mépris, l'humiliation, les paroles blessantes et les mensonges*. Il insiste sur les défaillances du système et de l'enseignement médical français : pour lui, *les médecins français ne sont pas éduqués pour être au service du patient, mais pour penser que c'est à eux de décider ce que le patient doit faire*.

Clara de Bort, directrice d'hôpital, sensibilisée aux droits des patients et aux questions de bienveillance à l'hôpital, module : « *Je ne pense pas que les gynécologues soient plus maltraitants que les orthopédistes par exemple. Sauf que l'on ne s'adresse pas aux mêmes organes, et que ces organes n'ont pas le même poids symbolique.* » Elle s'interroge alors si ce poids symbolique ne devrait pas justifier d'un tact d'autant plus important vis-à-vis d'autres actes médicaux, moins intimement invasifs.

Jean Marty, président du CNGOF à l'époque de l'émission, quant à lui, s'indigne : « *La maltraitance envers les femmes ? Je tombe des nues. Pour moi, c'est du domaine du fantasme ou des faits divers.* » Il se targue du fait que *la profession ressent avant tout qu'elle a accompagné l'évolution de la société, ce qui a permis aux femmes de se libérer de toutes les contraintes (procréation, sexualité...)*. Il conclue ainsi : « *On a le sentiment que ça ne nous concerne pas, on n'a rien à cacher.* ».

Enfin, Elisabeth Paganelli, gynécologue et secrétaire générale du Syngof (Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France), réagit aux polémiques en ces termes : « *entre les dames qui me disent qu'elles viennent pour un examen médical et un frottis et que c'est le jour de leurs règles et qu'elles m'en mettent partout, j'ai envie de leur dire : " excusez-moi, vous pourriez peut être me dire qu'il y a vos règles car vous en mettez partout !"*. Il y a du non-respect dans les deux sens. Puis, en concluant sur le refus de l'examen gynécologique par les patientes, de plus en plus commun: « *maintenant, les femmes elles demandent tout ce qu'elles veulent !* ».

Ainsi, cette émission permet, pour la première fois, l'expression de divers acteurs de la santé publique et de la gynécologie sur le sujet épineux des violences et maltraitements en gynécologie et obstétrique.

2.1.5 « Le livre noir de la gynécologie » : la polémique des « violences et maltraitements gynécologiques » noir sur blanc dans un manifeste féministe.

Début octobre 2017, Mélanie Dechalotte, après avoir mis en lumière avec une certaine envergure la polémique des « maltraitements gynécologiques » pour la première fois dans les médias, a dévoilé son livre portant sur le sujet, intitulé « Le livre noir de la gynécologie ».

Ce livre, propose, au travers de témoignages de femmes ayant eu des expériences douloureuses tant sur le plan physique que psychique en lien avec leur prise en charge obstétricale ou gynécologique, une réflexion *féministe sur la réappropriation par les femmes de leur corps tout au long de leur vie sexuelle* et invite les professionnel.le.s à mener une réflexion éthique et humaniste sur les violences du soin en général et des actes gynécologiques et obstétricaux en particulier, afin que ces pratiques cessent. (Dechalotte, 2017)

Mélanie Dechalotte, lors de la promotion de son livre, s'exprime face au grand public sur la question des « violences obstétricales » sur le plateau de France 3 (« Les femmes victimes de maltraitance gynécologique », 2017), au cours d'un sujet sur la polémique de l'utilisation du Cytotec pour le déclenchement des accouchements dans certaines maternités.

Selon la journaliste, *il y a beaucoup de violences obstétricales, elles sont nombreuses, il n'y a pas que le Cytotec, il y a aussi l'épisiotomie. L'épisiotomie par exemple fait des ravages physiques et psychiques. La revue scientifique The Lancet demandait aux praticiens dès 1999 d'arrêter cette mutilation sexuelle féminine des temps modernes.*

Par ailleurs, elle met en avant l'idée selon laquelle les professionnels de santé, mais surtout la société, ont intégré depuis un certain nombre d'années qu'être une femme, *avoir un utérus*, est synonyme d'être soumise à la douleur, qui est alors considérée comme physiologique.

Au travers de ce prisme, elle dénonce l'absence de prise en charge efficace de la douleur des femmes : « *Dans les témoignages que j'ai recueillis, beaucoup de femmes font état de problèmes d'anesthésie, pour les épisiotomies, pour les sutures d'épisiotomies, mais aussi pour les césariennes : les césariennes sont pratiquées à vif, c'est rare, mais ça arrive.* »

Enfin, elle défend l'idée que le phénomène des « maltraitements médicaux », bien qu'existant au sein de chacune des spécialités touchant au soin, est exacerbé lorsque l'on touche au corps des femmes, et aux femmes en général : « *En gynécologie et obstétrique, les femmes ne parlent pas du tout de leur douleur. Ça touche à l'intime, à la sexualité féminine, et la parole des femmes n'intéresse pas.* »

Le « Livre noir de la gynécologie », publié après trois ans de polémiques, n'a cependant pas manqué de faire réagir le monde médical, et ce même avant sa parution. Fin septembre 2017, dans un communiqué de presse, la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale s'insurge contre *les attaques que la profession subit depuis plusieurs mois sous forme de témoignages à travers des livres ou des blogs*. (« FNCGM - Communiqué de presse : Non aux attaques envers la profession », 2017). Héliane Missey Kolb, présidente du Collège de gynécologie Paris-Île de France, confirme : « *Tout ça, c'est très violent contre nous et très dommage pour les femmes* ». (AFP, 2017)

2.2 Les actions et mobilisations féministes pour une santé gynésique respectée

2.2.1 « Gyn&Co » : « enfin une liste de soignant.e.s féministes ! »

Le 26 août 2014, un collectif féministe lance le site internet « Gyn&co », site participatif permettant de recenser des professionnels de santé, qu'ils soient gynécologues, médecins généralistes ou sages-femmes, ayant une approche plus respectueuse de la gynécologie.

La plateforme s'est bien étoffée depuis 2014, et des professionnels de santé sont référencés dans tout l'hexagone, avec la possibilité de trouver un soignant par catégories spécifiques (« Examen à l'anglaise », « Lesbian friendly »...) et pour chacun une description des actes pratiqués.

Surfant sur la possibilité d'anonymisation des témoignages et de notation aisée qu'offre internet, ce site connaît une popularité croissante dès son commencement, aidé par les différentes polémiques qui ont suivi, jusqu'en 2018.

En effet, au fil des controverses concernant les « violences obstétricales » ou les « maltraitances gynécologiques » en France, on observe très nettement une augmentation ponctuelle de la recherche du site « Gyn&Co » sur Google. En novembre 2014, concomitamment au buzz « PayeTonUtérus », en octobre 2015 après l'émission « Sur les docks » traitant des « maltraitances gynécologiques » sur France Culture, ou encore en septembre 2017 après la polémique du taux erroné d'épisiotomies réalisées en France annoncé par la Secrétaire d'Etat chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, un pic de recherche a été recensé.

2.2.2 « Stop à l'impunité des violences obstétricales », les prémices de l'« Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes ».

C'est en janvier 2015 qu'a été créé le collectif « Stop à l'impunité des violences obstétricales » par Basma Boubakri, éducatrice spécialisée, en réponse à son expérience personnelle. Ce collectif s'est diffusé en premier lieu sur le réseau social Facebook, sous la forme d'un groupe fermé, où les utilisateurs peuvent s'inscrire et participer aux discussions.

Ce groupe, lieu de parole et d'échanges, a alors comme objectif d'être *un soutien et une aide indéfectible à toute personne qui souhaite dénoncer et briser la loi du silence sur les conditions entourant son accouchement.*

Rapidement, les femmes y ont publié librement leurs témoignages, leurs ressentis et ressentiments, de manière plus ou moins virulente. Fin 2017, environ 3500 membres étaient recensés sur ce groupe, toujours très actif actuellement.

Le collectif SIVO s'est ensuite développé en une association, l'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes (« IRASF ») en mars 2017.

2.2.3 « Je n'ai pas consenti » : l'appel à témoignages.

Suite aux révélations fin janvier 2015 concernant l'apprentissage de touchers vaginaux sur patientes endormies, Marie-Hélène Lahaye s'exprime au travers d'une tribune sur son blog.

Elle publie alors, avec Clara de Bort, directrice d'hôpital actuellement chef du pôle de réserve sanitaire de l'EPRUS (Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires) et ancienne correspondante Santé à la MIPROF (Mission interministérielle de Lutte contre les violences faites aux femmes) et Béatrice Kammerer, journaliste indépendante, une tribune intitulée « Le consentement, point aveugle de la formation des médecins ».

Cette tribune, dénonçant entre autres la façon dont l'apprentissage de l'examen pelvien est réalisé, mène à la création début février 2015 du Tumblr ² « Je n'ai pas consenti » par Anne-Charlotte Husson, cherchant à recenser des témoignages de patientes permettant ainsi d'interpeller publiquement les professionnel.le.s de santé, mais également le grand public et le gouvernement sur la question du consentement dans la relation entre soignant.e.s et patientes en gynécologie et obstétrique. Deux sujets reviennent régulièrement : le premier rendez-vous gynécologique et ses conséquences traumatiques lorsqu'il est réalisé avec froideur et paternalisme, et l'accouchement. Anne-Charlotte Husson explique : « *on parle de boucherie, d'accouchement sanglant, d'accouchement volé : vraiment des mots très forts de femmes, qui, des années après, ne se sont pas remises de leur accouchement.* » (« Collection Témoignages », 2015)

2.2.4 « Paye ton Gynéco » : le Tumblr exutoire des femmes.

En janvier 2017, une femme, membre du collectif « Stop à l'impunité des violences obstétricales » lance un Tumblr intitulé « Paye ton gynéco ». Ce Tumblr, dans le même registre que les différentes plateformes apparues récemment sur le modèle « paye ta/paye ton » recueillent et diffusent des témoignages sur le sexisme et les violences à l'encontre des femmes. On peut citer par exemple « Paye ta blouse » dans le milieu hospitalier, « Paye ton couple », « Paye ta police » sur les propos sexistes tenus par les forces de l'ordre, ou encore « Paye ta shnek », qui dénonce le harcèlement de rue depuis 2012.

² Site permettant la diffusion et le partage d'idées.

Ces témoignages, fournis, permettent une expression anonyme des femmes sur ce qu'elles considèrent avoir vécu comme des violences ainsi qu'une certaine libération: « *Je sais que mon histoire est moins grave que beaucoup de choses que j'ai lu, mais j'ai besoin d'en parler.* ».

Les témoignages fleurissent depuis plus d'un an et demi, et le Tumblr est toujours actif aujourd'hui, en août 2018.

2.2.5 L'IRASF : l'investigation du problème et la lutte pour une inscription au pénal des « violences obstétricales ».

L'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes (IRASF), a été créé en 2017 dans l'objectif de lutter contre les « violences obstétricales et gynécologiques » au sein des systèmes de santé français et international, et d'en analyser les origines et les conséquences sur la vie ultérieure des femmes.

Pour cela, le collectif a notamment mis en place un questionnaire en ligne visant à collecter les noms des personnels et maternités exerçant des « violences obstétricales ». Ce questionnaire a pour but de *mettre en relation les victimes* : dès l'instant où un soignant est dénoncé comme auteur de violences trois fois via ce questionnaire, les victimes sont contactées puis mises en relation.

Le questionnaire est constitué de champs libres ainsi que d'items pré-remplis tels que « pose de speculum sans consentement », « remarques sur votre sexualité », « fausse couche annoncé brutalement », « refus d'arrêter le geste douloureux pendant la pose de DIU » ou encore « hystérectomie sans consentement ».

Par ailleurs, l'IRASF a proposé une infographie permettant d'explicitier et de présenter succinctement au grand public ce que sont les « violences obstétricales » (Annexe II) ainsi qu'un rapport étoffé sur les conséquences des violences et des propositions pour les prévenir.

Parmi les propositions concernant la prévention des « violences obstétricales et gynécologiques » élaborées par l'association, il est intéressant de noter le souhait d'un recentrage de l'usagère au sein du système de soins.

Ceci tiendrait en la création d'un « Diplôme universitaire de patientes expertes en gynécologie obstétrique », qui pourraient alors *déployer leurs compétences auprès des femmes, des professionnels, des facultés de médecine, des écoles de sages-femmes.*

Par ailleurs, l'association déplore le manque de formation juridique des patientes lors des consultations prénatales ou des séances de préparation à l'accouchement, concernant leurs droits pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum. En regard de cette lacune, la préconisation de *dispenser en premier lieu deux séances d'une heure et demie au minimum sur le droit des patients* aux parturientes est proposée.

Enfin, l'IRASF demande, au même titre que le Venezuela ou l'Argentine, la promulgation en France d'une loi condamnant les « violences obstétricales » : *une loi pénale, qui responsabilisera individuellement chaque soignant.e dans les actes posés mais qui n'annulerait pas la responsabilité collective au sein des institutions.*

2.3 L'intérêt récent de la sphère politique pour les « violences obstétricales » : émergence d'une problématique sociale à part entière.

2.3.1 La controverse des « 75% d'épisiotomies en France ».

Le sujet des « violences obstétricales » revient une fois de plus et de plus belle sur le devant de la scène en juillet 2017, après les déclarations controversées de la Secrétaire d'Etat chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa, concernant le taux d'épisiotomies réalisées en France lors d'une audition devant la délégation aux droits des femmes au Sénat.

Cette dernière déclare avoir fait la demande d'un rapport au Haut Conseil de l'Egalité entre les femmes et les hommes concernant les « violences obstétricales », *qui est un sujet qui revient dans l'actualité*. Elle affirme ensuite : « Vous savez qu'en France, on a par exemple un taux d'épisiotomie à 75% alors que l'OMS préconise d'être autour de 20-25% ? ». (« Épisiotomie : retour sur l'audition polémique de Marlène Schiappa », Public Sénat, 2017)

Au moment des faits, la dernière Enquête Nationale Périnatale réalisée par l'INSERM et la DRESS donnant des chiffres sur les pratiques en obstétrique date de 2010. Il est énoncé dans le rapport que *44,4 % des primipares et 14,3 % des multipares ont eu une épisiotomie* cette année-là, soit environ 27% des femmes au total. (« Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 », 2011)

Par ailleurs, le CIANE a révélé en novembre 2013 les résultats d'une étude réalisée entre 2010 et 2013 sur les accouchements en France, établissant un taux de 30% d'épisiotomies réalisées lors des accouchements, quelle que soit la parité des patientes. (« Enquête épisiotomie CIANE », 2013)

Enfin, les chiffres de l'Enquête Périnatale réalisée en mars 2016 en France ont été dévoilés le 11 octobre 2017, après les déclarations de la Secrétaire d'Etat, confirmant leur inexactitude. Le rapport stipule que *le taux d'épisiotomie continue à diminuer : 20 % des femmes [ont eu une épisiotomie lors de leur accouchement] en 2016*. (« Enquête Nationale Périnatale, rapport complet », 2016)

Les recommandations de 2005 du Collège National des Gynécologues Obstétriciens (CNGOF) indiquant aux professionnels de santé de *ne pas faire d'épisiotomie systématique en raison de l'absence de bénéfice dans la prévention des lésions sévères du périnée*. (« CNGOF - Recommandations pour la Pratique Médicale », 2005) semblent porter leurs fruits, car on observe une nette diminution de la pratique de cet acte au fil des années. En effet, treize ans auparavant, en 2003, le taux global d'épisiotomies en France était plus du double, à 47%, quelle que soit la parité des patientes. (Venditelli & Gallot, 2008)

En réponse à ces chiffres erronés, le CNGOF, présidé par le Professeur Israël Nisand, s'insurge dans un communiqué sur son site internet le 22 juillet 2017 : « *Les gynécologues et obstétriciens français ont pris l'habitude de lire sur les réseaux sociaux des propos inexacts et parfois injurieux les concernant. Ils sont hélas incontrôlables. Ils sont en revanche à la fois surpris et profondément choqués par le relais que vous donnez à ces informations fausses dans votre déclaration du 20 juillet 2017 au Sénat où vous affirmez qu'il y aurait en France 75% d'épisiotomies et des violences*

obstétricales sur les femmes étrangères, les femmes très jeunes et les femmes handicapées. Madame, vos chiffres sont faux [...]. » (« Communiqués du CNGOF », 2017)

Le Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes, quant à lui, publie également un communiqué de presse le 27 juillet 2017, sans faire référence à ces chiffres, orienté favorablement vers la demande de la secrétaire d'Etat à l'établissement d'un rapport concernant les « violences obstétricales », afin de définir de façon plus précise le sujet des violences obstétricales, [et] d'identifier les axes d'amélioration pour y remédier. (« CNOSF - Communiqué sur les violences obstétricales », 2017)

2.3.2 La médiatisation des termes « violence obstétricale » et « maltraitance gynécologique » dans la presse nationale

Avant l'implication des pouvoirs politiques en juillet 2017 dans la polémique des « violences obstétricales », seuls deux articles évoquant les « violences obstétricales » ou les « maltraitements gynécologiques » sont parus dans la presse écrite nationale selon Europresse.

Le tout premier article de presse écrite nationale généraliste faisant écho de l'une de ces expressions est issu du journal Le Monde, le 3 septembre 2015 (« La péridurale, une pratique trop systématique ? », Le Monde 2015). Dans cet article, où l'Ordre des sages-femmes dénonce une *médicalisation excessive de la grossesse*, le quotidien titre un paragraphe avec l'expression « violence obstétricale » et mentionne l'intervention du Collège national des sages-femmes de France, qui s'indigne que les sages-femmes soient *contraintes de devenir complices des violences obstétricales faites aux femmes*.

Ici encore, les sages-femmes ne sont pas actrices mais « complices » de ces violences.

Puis, le 20 octobre 2015, en réponse à la polémique « Paye ton utérus », le Figaro, premier journal ayant une ligne éditoriale de droite publiant un article sur le sujet, édite un article au titre accrocheur (« Quand les femmes ont peur de leur gynécologue », Le Figaro, 2015) et parle de ces femmes qui *se plaignent sur les réseaux sociaux de maltraitements gynécologiques*.

La photographie illustrant l'article est elle aussi intéressante : on voit une femme en robe, les jambes serrées tournées vers l'intérieur, protégeant ses parties intimes avec ses mains crispées.

L'article évoque le sujet de manière étonnée dans un premier temps, pour finalement assurer qu'« il suffit de faire un petit sondage autour de soi pour réaliser combien de femmes ont connu une expérience malheureuse en gynécologie. »

Le tout est agrémenté de quelques témoignages dénonçant les « violences » immédiatement contrebalancés par des témoignages positifs tels que « La gynécologue qui me suis maintenant depuis vingt ans est humaine et compétente et j'ai rencontré des équipes extraordinaires. ».

La pondération est à l'honneur dans cet article, et selon le Figaro, *la réalité est donc probablement beaucoup plus contrastée que ne le laissent entendre les retombées sur les réseaux sociaux ou des reportages sur cette forme de maltraitance*.

Bernard Hedon, le président du SYNGOF *déplore les souffrances évoquées par certaines femmes ou les phrases qui ont blessé et s'en excuse en tant que responsable de la profession. Il expose par ailleurs que l'absence de consentement est inadmissible, que ces problèmes de maltraitance sont minoritaires, mais que nous devons en tenir compte, prendre du recul et y réfléchir.*

Cette pondération tend cependant à transposer le corps médical dans une position de victime de ces polémiques et permet de présenter le caractère anecdotique de ces violences.

En effet, différents avis de médecins allant dans ce sens sont retranscrits, tels que ceux d'une gynécologue (« *J'ai beau savoir que les patientes heureuses ne s'expriment jamais, il existe à l'heure actuelle un climat anti médecin difficile à supporter* ») et la conclusion en est la suivante : « Les problèmes tiennent, dans la plupart des cas, à des personnalités de médecins pas suffisamment respectueux, trop pressés, maladroits, mais aussi de femmes qui peuvent avoir une sensibilité exacerbée. ».

Appuyé par le fait que *le Conseil National de l'Ordre n'ai en tout cas jamais signalé de dérive particulière auprès du Collège des Gynécologues Obstétriciens et les membres de ce dernier reçoivent à peine un courrier de plainte par an*, ce premier article évoquant les « maltraitances gynécologiques » en tant que telles commente cette affaire avec pragmatisme, mais sans appréhender toutes les notions remises en causes par celle-ci.

Un simple problème de communication entre praticiens et patientes, sur lequel il s'agirait de se pencher en serait la cause : « la vague de messages publiés sur les réseaux sociaux interpelle la profession et devrait contribuer à améliorer la qualité des échanges entre les gynécologues et leurs patientes. »

Enfin, en juillet et août 2017, concomitamment à la polémique initiée par Marlène Schiappa et son commentaire sur le taux d'épisiotomies en France évoquant pour la première fois de façon « officielle » le terme de « violence obstétricale », huit articles sur le sujet sont parus dans la presse nationale en l'espace d'un mois. (Annexe I)

A partir de ce moment, le terme a pris une certaine légitimité dans le milieu journalistique, et n'est plus resté cantonné aux forums de jeunes mères, réseaux sociaux ou blogs féministes, permettant d'illustrer l'émergence de nouvelles normes dans le domaine de la santé génésique.

Depuis un an, on recense une quarantaine d'articles sur le sujet des « violences obstétricales » et des « maltraitances gynécologiques » dans la presse écrite (web ou papier) nationale généraliste. (Annexe 1).

Cependant, si l'intérêt de la recherche sur la presse généraliste est justement le vaste public auquel elle s'adresse, les articles sur le sujet dans les magazines féminins ne sont pas choses rares, et ce depuis le début des polémiques.

2.3.3 Le rapport du Haut Conseil à l'Égalité : premier rapport concernant les « maltraitances et violences obstétricales » en France.

Le Haut Conseil à l'Égalité (HCE) est une instance nationale indépendante consultative chargée de la promotion de l'égalité des sexes et des droits des femmes. Il a, depuis janvier 2017, la mission d'établir un rapport annuel sur le sexisme en France et a d'ores et déjà diffusé une quinzaine d'études sur le sujet, concernant entre autres les droits reproductifs et sexuels, la place des femmes en politique ou encore les stéréotypes de genre.

Le HCE a été missionné par Marlène Schiappa en juillet 2017 dans l'objectif de produire un rapport complet concernant les actes sexistes réalisés par les professionnel.le.s de santé durant le suivi gynécologique et obstétrical des femmes. Ce rapport fait appel à une prise de conscience de cette problématique par les pouvoirs publics.

Après de nombreuses auditions de professionnel.le.s de santé, usagères, représentants de sociétés savantes ou associations féministes, le HCE conclue en juin 2018 que l'ampleur des actes sexistes en gynécologie et obstétrique *atteste du fait qu'il ne s'agit pas de faits isolés*. Il invite à une prise de conscience de cette problématique et demande *une action publique ambitieuse* dans le but de combattre ce type de sexisme. (« HCE : Les actes sexistes dans le suivi gynécologique, Rapport », 2018)

Dans cet objectif, il définit 3 axes de réflexion dans son rapport, déclinant 26 recommandations. Les axes sont les suivants : « Reconnaître l'existence et l'ampleur des actes sexistes, dont certains relèvent des violences, dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical ; prévenir les actes sexistes relatifs au suivi gynécologique et obstétrical ; améliorer et faciliter les procédures de signalement et condamner les pratiques sanctionnées par la loi. » (Annexe III)

Afin de reconnaître l'existence d'actes sexistes dans le suivi gynécologique et obstétrical, il propose d'initier une étude sur la qualité du suivi gynécologique et la satisfaction des femmes face à celui-ci, mais également d'encourager la recherche académique concernant les actes sexistes.

Par ailleurs, afin de prévenir ces actes, différents points semblent importants pour le HCE. Tout d'abord, il propose de renforcer la formation des soignants en termes de *bienveillance, de respect du consentement et de dépistage des violences sexistes et sexuelles* et de prévenir et lutter contre le sexisme au sein des études médicales.

Deuxièmement, il demande la reconnaissance de l'*interdit des actes sexistes* dans le Code de déontologie médicale et l'application des diverses recommandations de bonnes pratiques établies par l'OMS et la HAS grâce à l'établissement de politiques publiques permettant le *renforcement des moyens humains et financiers*.

Enfin, pour améliorer la prise en charge légale de ces faits, il lui semble important de permettre à toute femme de connaître ses droits et d'avoir une vision éclairée concernant la prise en charge de son suivi médical génésique. Une éducation à la sexualité plus effective et la diffusion d'outils permettant une information sur les violences sexistes ou les droits du patient sont les propositions mises en avant. Par ailleurs, il demande une implication des Ordres professionnels sur ce sujet ainsi qu'une amélioration de la réaction judiciaire vis-à-vis des actes punissables par la loi.

Partie 2 : La mise en place d'un nouveau cadre normatif.

Qu'est-ce que la norme ? Quelles sont les pratiques qui sont dénoncées et, en creux, quelles sont les normes mises en avant par cette polémique ?

1. **Fait social, normes et déviance : notions sociologiques.**

L'introduction de la notion de déviance, qui gravite autour du sujet des « violences obstétricales », permet d'expliquer l'apparition de nouvelles normes et la remise en cause des normes établies jusqu'alors.

1.1 **Le pouvoir médical comme fait social en pleine évolution.**

Emile Durkeim, sociologue, définit dans « Les règles de la méthode sociologique » (1894) ce que l'on peut considérer comme un fait social.

Les faits sociaux sont des phénomènes, des comportements ou des représentations relativement stables et admis collectivement au sein d'une société, et qui répondent aux normes qui y sont établies. Les faits sociaux ont par ailleurs quatre propriétés distinctes : ils sont de nature collective, relativement stables dans le temps, extérieurs aux individus et contraignants pour ceux-ci.

Ainsi, le fait social n'est pas imputable à un individu : le fait social le précède et lui survit. Il s'impose à lui et décrit une réalité différente de la réalité individuelle. En effet, dès le début de son éducation, l'individu acquiert de nombreuses normes admises au sein de la société auquel il appartient et tend à les intérioriser inconsciemment.

Le fait social répond donc à un système de normes établies par et pour la société. Il ne peut évoluer, et ce de manière lente et progressive, qu'au travers d'un bouleversement social.

Ainsi, le pouvoir médical et la mainmise sur le corps des femmes, remis en cause dans un contexte global de questionnement du patriarcat sont des faits sociaux en pleine évolution, qui font face depuis peu à de nouvelles normes au sein de la société.

1.2 **Le contexte normatif définit la déviance.**

D'après Gilles Ferréol, sociologue, les normes sont des *règles ou des modèles de conduite propres à un groupe ou à une société donnée, appris et partagés, légitimés par des valeurs et dont le non-respect entraîne des sanctions.* (Zaoual, 1993)

Toute la vie sociale, et ainsi les faits sociaux, sont définis par des normes. Selon Emile Durkeim, *les normes orientent l'action, prescrivent des comportements sociaux conformes à une morale sociale.* (Durkheim, 1894)

Toute société est donc définie par des normes, et il n'y a pas de normes sans qu'il n'existe de déviance à celles-ci.

La déviance peut être définie comme *l'envers de la norme qu'elle transgresse*. (Paugam, 2010) C'est-à-dire que pour être une problématique sociale en soi et exister, la déviance doit être au carrefour de trois éléments : la norme, la transgression de cette norme et la réaction sociale à la transgression de cette norme. (Cardi, 2015)

En effet, selon Howard Becker, sociologue, un acte déviant est défini comme tel par la réaction sociale qu'il suscite, en fonction des normes établies. C'est donc parce qu'un acte ou un comportement est désapprouvé socialement qu'il peut être considéré comme déviant. (Cardi, 2015)

Prenons un cas concret afin d'éclairer cette notion. Dans le contexte de la polémique des « touchers vaginaux sur patientes endormies » de 2015, la norme socialement admise est l'obtention préalable du consentement libre et éclairé de la patiente. Cette norme a été transgressée (le consentement des patientes n'aurait été ni libre, ni éclairé) et la réaction sociale (l'indignation sur les réseaux sociaux) a permis de définir cet acte comme étant un acte déviant.

Par ailleurs, la norme n'est pas une donnée fixe : elle évolue au gré des bouleversements sociaux, du temps, des événements et du statut des individus.

Les normes sont donc plastiques et relatives au contexte social, historique et culturel : ce qui est réprimé à un moment donné dans une société donnée est à l'inverse accepté ailleurs en d'autres temps. C'est le contexte normatif qui se pose à un instant t qui permet de définir la déviance.

Pour illustrer ces propos, prenons par exemple l'historique de la pratique de l'épisiotomie. Jusque dans les années 90, le cadre normatif était ainsi posé : l'épisiotomie était préconisée voir imposée chez les primipares afin de prévenir les traumatismes périnéaux. Dans ce contexte, la déviance résultait à ne pas pratiquer d'épisiotomie préventive.

Aujourd'hui, le cadre normatif a changé : c'est la pratique de l'épisiotomie préventive qui est devenu un acte déviant, en réponse à la norme actuelle qui est de considérer que celle-ci ne protège pas des lésions périnéales de haut grade.

Ainsi, les actes ou comportements en gynécologie et obstétrique sur lesquels pourrait être posé le qualificatif de « violent » jusqu'alors acceptés deviennent alors déviants, de par la désapprobation sociale au travers des polémiques croissantes en nombre et en intensité à partir de 2014, et impliquent alors la création d'un nouveau cadre normatif.

2. La portée et l'importance de la notion de « violence » dans la controverse : concepts.

2.1 Les concepts autour de la « violence »

Quelles sont les différents types de violences intriquées dans le concept de « violence obstétricale » ? Et pourquoi choisir cette expression ?

Etymologiquement, le terme français de « violence » vient du latin « *vis* » qui signifie « force en action », issu du grec ancien « *bia* » qui signifie « un abus de force » ou un fait d'une « intensité extrême ».

Depuis une quarantaine d'années, le champ de la santé publique s'investit dans la lutte contre la violence quelle qu'elle soit, dans le but de comprendre ses mécanismes et de la limiter.

Ainsi, il est intéressant d'observer l'émergence de cette notion avec en arrière-pensée les notions de violence institutionnelle et de violence de genre, que nous définirons et développerons ici.

2.1.1 La violence institutionnelle

La violence institutionnelle peut être définie comme *toute action commise par et dans une institution ou toute absence d'action, qui cause [...] une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave l'évolution ultérieure* [de la personne] selon Stanislaw Tomkiewicz, pédopsychiatre. (Tomkiewicz, 1984)

Si cette définition a été élaborée en premier lieu à l'égard des violences subies par les enfants dans les institutions spécialisées dans les années 80, elle a permis de définir un cadre autour des violences exercées envers les personnes vulnérables dans les institutions, et permet d'appréhender avec une toute autre visibilité le débat récent des « violences obstétricales ».

La violence institutionnelle s'exprime insidieusement tant par la négligence que par la brutalité physique ou verbale, par l'institution ou les professionnel.le.s qui y gravitent, sur les patient.e.s ou les professionnel.le.s eux-mêmes.

Lucas Bembem, psychologue, y ajoute une notion : la négation de l'autre, qui est au cœur même du fonctionnement des institutions. (Bembem, 2016).

Dans ses travaux sur les violences institutionnelles, il l'explique ainsi qu'elles ne sont pas forcément le résultat d'actes répréhensibles ou d'une absence d'actes indispensables, mais elles sont le fruit d'une posture problématique des professionnel.le.s, instaurée dans l'institution. De plus, les négations relevant des violences institutionnelles *ne brisent pas le corps et l'esprit comme peuvent le faire les coups, les insultes ou la carence*, mais sont, selon le psychologue, le terreau dans lequel les dérives prennent place et se diffusent, instaurant un climat *mettant à mal l'identité des personnes et leur reconnaissance en tant que sujets*. (Bembem, 2016)

Ainsi, il est indispensable d'appréhender cette notion au travers de deux prismes différents, mais non indépendants : la violence exercée sur les professionnels de santé par l'institution, et la violence subie par les patients dans le système de soin.

La violence institutionnelle au sein des établissements de soins fait actuellement l'objet d'une prise de conscience et d'une vigilance toute particulière, de par la promotion de la bientraitance ou encore l'établissement de structures de contrôle.

Afin d'éclairer cette notion de « violence institutionnelle », nous allons nous attarder sur des concepts philosophiques et sociologiques décrits par Hannah Arendt.

Hannah Arendt développe le concept philosophique de la « banalité du mal » (Arendt, 1963) dans les années 60 lors du procès du criminel de guerre nazi Adolf Eichmann, qu'elle couvre alors en tant que journaliste pour le New York Times.

La « banalité du mal » est la thèse selon laquelle chaque Homme ordinaire peut devenir un bourreau sans pour autant être obnubilé par la haine ou l'idéologie, mais tout simplement en suivant des ordres préétablis dans un système défini.

Le sociologue Patrick Pharo explique ce concept de la sorte : « L'expression banalité du mal ne peut se comprendre que comme une façon de décrire les routines par lesquelles ceux qui recourent à la violence, comme ceux qui en sont témoins, mettent en suspens leurs convictions morales et renoncent à l'examen de leur engagement pratique personnel. » (Pharo, 1996)

Cependant, si le concept d'Hannah Arendt fondé sur l'« ordinarité » d'Eichmann a été récemment remis en question par des historiens (Cesarani, 2007), il permet de comprendre aisément comment la violence, dans une moindre mesure, peut s'immiscer au sein des institutions.

Par ailleurs, la célèbre expérience du psychologue américain Stanley Milgram sur la soumission à l'autorité réalisée dans les années 60 va dans le sens du concept développé par Hannah Arendt. Stanley Milgram recrute à l'époque divers sujets pensant participer à une expérience scientifique, et leur demande d'administrer des chocs électriques à d'autres sujets leur faisant face, attachés à des chaises, à la condition qu'ils ne répondent pas correctement aux questions posées. S'ils étaient au premier abord étonnés, les participants ont finalement exécuté l'ordre sans discuter, avec une ferveur grandissante au fur et à mesure de l'étude. (Milgram, 1974)

L'expérience permet de mettre en lumière un point important des sciences sociales : il est possible d'être l'auteur d'actes violents sans pour autant être motivé par la haine, tout simplement en suivant des ordres et en reproduisant un schéma préétabli. Et c'est là le cœur des violences institutionnelles.

Par ailleurs, Gilles Vidal, psychologue clinicien, articule trois notions fondamentales autour de la notion de la violence exercée dans les institutions, qu'il qualifie de *modèle pervers* (G. Vidal, 2004) : l'influence de la technocratie, l'objectivation de l'autre et la perversion de la parole.

Il avance ainsi que la technocratie, établissant un modèle hospitalier articulé autour de la productivité et de la rentabilité, nécessite une rationalisation et une régulation des soins tendant vers le taylorisme, difficilement compatible avec une prise en charge globale et bienveillante du patient.

Dans le modèle institutionnel décrit par le psychologue, l'objectivation de l'autre, du patient, est inéluctable : *l'autre est donc objet de méthodes et de doctrines, et son seul rôle se limite bien souvent à s'y plier par son comportement jusqu'à en illustrer le bien-fondé.*

Gilles Vidal présente la perversion de ce système comme consistant à présenter la science, les raisons médicales ou divers impératifs de rentabilité pour *pour le bien de l'autre.*

Enfin, on retrouve le concept de « banalité du mal » d'Hannah Arendt dans son analyse de la violence institutionnelle : « c'est généralement avec beaucoup de bonne foi et de conscience professionnelle que le traitement objectivant est appliqué; scrupuleusement, avec le sentiment du travail bien fait. ». (G. Vidal, 2004)

2.1.2 La violence de genre

Par ailleurs, la violence basée sur le genre, ou la violence à l'égard des femmes, est tout autant l'un des moteurs et l'une des sources du débat. La complexité de la controverse des « violences obstétricales » tient alors également, en filigrane, de la complexité à définir la notion même de violences de genre.

En premier lieu, il est important de définir ce qu'est le « genre ». Communément, on distingue le « sexe » du « genre ». Le premier signe la différence biologique entre les hommes et les femmes, tandis que le second marque la différenciation sociale entre les deux sexes.

L'expression « violence de genre » désigne communément, d'après une définition ordinairement acceptée dans les milieux féministes, toute violence *physique, verbale ou psychologique, interpersonnelle ou institutionnelle, commise par les hommes en tant qu'hommes contre les femmes en tant que femmes, exercée tant dans les sphères publiques que privées*. (Simonetti, 2016) Cependant, et il ne faut pas l'oublier, la violence de genre peut également, dans une moindre mesure, être appréhendée au travers du prisme de la violence exercée à l'encontre des hommes, telle que l'injonction de la virilité.

Les années 1970 ont marqué, sous l'impulsion des luttes féministes et des mouvements protestataires des femmes, un bond en avant pour la reconnaissance des violences de genre. La sociologue britannique Jalna Hanmer a été l'une des pionnières de la recherche scientifique sur la question de la violence de genre dans les années 70. A l'époque, c'est la question de la violence exercée comme contrôle social par les hommes à l'encontre des femmes qui fait l'objet de son étude. Ainsi, elle s'interroge sur les formes de violences impliquant ce contrôle social et leur sens, mettant en avant l'importance et la portée des diverses formes de violences (non seulement physiques, mais aussi verbales ou psychologiques) ainsi que l'absence de sanction de ces faits par l'Etat dans la structuration de la société.

Elle explique son sujet de recherche ainsi :

« La thèse de « Violence and the Social Control of Women » est que la violence et la menace que font peser les hommes sur les femmes sont à la fois une forme de contrôle social des femmes en tant qu'individus dans la sphère publique et privée et un moyen de maintenir leur subordination dans la société. Les relations macro- et microsociales découlent de l'acceptation sociale de la violence et de la menace des hommes sur les femmes. » (Debauche, Hamel, & Kac-Vergne, 2013)

La sociologue Jalna Hanmer et l'anthropologue Nicole-Claude Mathieu soutiennent, au début des années 70, que le contrôle social exercé par les hommes sur les femmes par la violence est le fruit direct du réductionnisme biologique dirigé à l'encontre des femmes et de l'universalité de leur subordination. (Hanmer 1977) (Mathieu, 1973)

La violence de genre, exercée à l'encontre des femmes, est ainsi définie comme une forme de discrimination universelle traduisant la dissymétrie historique entre les hommes et les femmes au sein des relations de pouvoir, dans la vie privée comme dans la vie publique. (Harway, 1999)

L'Assemblée générale des Nations Unies, dans son « étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes » de 2006 (« In-depth study on all forms of violence against women - Report of the Secretary-General », 2006), met en lumière les diverses causes structurelles de la violence de genre.

Le patriarcat et les relations de subordination, telles que l'exposaient les féministes des années 70 en font partie, mais également les normes établies au sein des divers contextes culturels de nos sociétés. Elle met en avant les rôles sexospécifiques hiérarchisés qui sont historiquement assignés aux femmes et aux hommes sur des fondements idéologiques ou matériels, et qui régissent les relations de pouvoir et la vie sociétale.

Les moyens permettant la domination masculine diffèrent selon le contexte culturel, mais ont des composantes communes, telles que le contrôle exercé sur la sexualité et la capacité reproductive des femmes, les pratiques culturelles ou les normes qui assoient le statut inégal des femmes, les structures publiques qui légitiment et institutionnalisent ainsi les inégalités entre les sexes et la violence à l'égard des femmes. (« In-depth study on all forms of violence against women - Report of the Secretary-General », 2006)

Ainsi, la violence basée sur le genre est aussi bien un moyen de perpétuer la subordination des femmes qu'un effet de cette subordination.

Par ailleurs, l'impunité de cette violence la met dans une position subsidiaire et favorise les effets de son mécanisme d'oppression.

En effet, *lorsque l'État ne parvient pas à tenir les auteurs de ces violences responsables de leurs actes, cette impunité non seulement accentue la subordination et l'impuissance des victimes, mais en outre véhicule l'idée au sein de la société que la violence masculine à l'égard des femmes est à la fois acceptable et inéluctable. Il en résulte une normalisation des types de comportements violents.* (« In-depth study on all forms of violence against women - Report of the Secretary-General », 2006)

Ainsi, l'État et la société en général jouent un rôle primordial dans la construction et la perpétuation des rôles sexospécifiques et des relations de pouvoir, qui compromettent les droits fondamentaux des femmes et les marginalisent.

Mais les femmes contribuent également à la formation de la société et de ses normes, et à la perpétuation des actes sexistes menant à la violence de genre lorsqu'elles s'y conforment. Comme l'explique Nabila Hamza, sociologue tunisienne spécialisée sur la question du genre, les femmes *peuvent donc influencer et façonner positivement ou négativement les cultures qui les entourent.* (Hamza, 2006)

Ainsi, aujourd'hui, la très récente prise de conscience et reconnaissance de la violence de genre comme étant une entorse aux droits fondamentaux figure comme l'un des piliers de l'émergence des luttes féministes actuelles à l'encontre du sexisme et des récentes revendications à l'encontre des « violences obstétricales ».

2.2 « Violence » et « maltraitance », quelle différence ?

2.2.1 Analyse sémantique

Tout d'abord, entre 2014 et 2017, on a pu assister à l'émergence de deux notions différentes : la « violence obstétricale » et la « maltraitance gynécologique ». Les mots et leur association ont leur importance, et nous allons l'étudier ici.

Intéressons-nous tout d'abord aux notions de violence et de maltraitance et à leurs subtilités.

Eliane Corbet, docteure en psychopédagogie ayant étudié ces concepts, les définit tous deux comme des actes ou une absence d'actes subis par des personnes dépendantes et/ou vulnérables. (Corbet, 2000) Mais si en apparence ces deux notions sont très proches, elles ont tout de même leurs subtilités respectives.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence ainsi : « La violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès. » (Krug, 2002)

En outre, le concept d'intentionnalité proposé par l'OMS est primordial pour comprendre la notion de « violence obstétricale ». En effet, selon l'OMS, il n'y a pas forcément intention de porter préjudice derrière l'intention de recourir à la force. En d'autres termes, les actes définis comme violents et que les femmes considèrent avoir subis ne sont pas forcément perçus comme des actes néfastes -bien que violents- par leurs auteurs.

Comme l'explique Mélanie Dechalotte (2017) reprenant les mots d'Eliane Corbet (2000), *si le terme (de violence) a pour premier effet de choquer son auditoire, il permet de produire une réelle prise de conscience.*

En effet, concomitamment, cette dénonciation et remise en cause des actes « violents » n'est pas dépourvue de violence pour les professionnels de santé.

Le terme de « violence » permet donc de dénoncer et d'alerter sur les pratiques de façon revendicative dans l'idée de créer un changement de paradigme dans les représentations, puis in fine dans les pratiques.

Par ailleurs le terme de « maltraitance » est issu du verbe « maltraiter » qui signifie, selon le dictionnaire de l'Académie Française, « traiter durement en actions ou en paroles », et par extension, « traiter quelqu'un de façon défavorable ».

La notion de « maltraitance » implique une durabilité et une chronicité.

Selon Caroline Rey Salmon, pédiatre légiste, le concept de maltraitance n'est *pas un concept philosophique, mais un concept politique et social qui a permis au système juridique français de se doter d'outils de protection à destination des mineurs en danger.* (Rey-Salmon, 2008)

En effet, la notion de « maltraitance » est une notion apparue récemment dans le but de qualifier les mauvais traitements infligés aux enfants dans les institutions spécialisées.

Comme l'explique Eliane Corbet, le degré performatif du concept de « maltraitance » est supérieur à celui de la « violence », dans le sens où il permet d'envisager une réflexion sur les actes ayant amené à « mal traiter », d'alerter sur la dérive de la mission première de la médecine et d'amener à réfléchir sur le concept de « bientraitance ».

L'utilisation du terme « maltraitance » appuie donc sur l'importance de la remise en question des pratiques au long cours et fait écho au concept de « bientraitance » nécessaire dans la pratique du soin.

Enfin, l'utilisation des termes de « violence obstétricale », « violence gynécologique » ou de « maltraitance gynécologique » n'est pas innocente.

Au cours des diverses polémiques, les termes associés de la sorte : « violence obstétricale » et « maltraitance gynécologique » apparaissent le plus souvent.

L'association commune du terme « violence » à l'obstétrique dans les polémiques peut s'expliquer de par l'intensité physique et émotionnelle rattachée à la pratique de l'accouchement et de ses aléas, parfois brutale.

La « maltraitance » est quant à elle plus communément associée à la gynécologie, spécialité de suivi et de soin.

Les questions en suspens sont alors de savoir à quel moment ces deux termes sont apparus dans le langage courant et s'ils sont interchangeables.

2.2.2 « Violence obstétricale » ou « maltraitance gynécologique » : analyse de l'apparition de ces termes.

Comme nous avons pu l'observer dans la première partie de cette étude, les termes de « violence obstétricale » et de « maltraitance gynécologique » sont des termes très récemment apparus dans le langage courant français.

Une des façons permettant d'observer l'émergence d'une problématique sociale aujourd'hui est l'analyse de l'apparition de celle-ci dans les médias ou au sein des réseaux sociaux, mais également celle des recherches effectuées sur internet, qui sera l'objet de cette partie.

Nous avons vu précédemment qu'au sein de la presse écrite nationale, le terme de « violence obstétricale » a été posé très tardivement. Mais qu'en est-il sur la toile ?

Ainsi, afin de mettre en évidence l'apparition récente de la problématique des « violences obstétricales » dans le débat public aujourd'hui, il est intéressant d'étudier l'évolution de la recherche de ces termes sur le moteur de recherche le plus utilisé en France, Google.

J'ai associé les termes de « violence » et de « maltraitance » aux termes « obstétricale » et « gynécologique » afin de mettre en évidence la cinétique de ces recherches.

Il en résulte que le terme recherché en premier de façon assez importante pour être référencée dans les « tendances Google » est l'expression « violence obstétricale ». Puis est apparue la recherche de l'expression « maltraitance gynécologique » durant l'été 2015.

Enfin, c'est à partir de juin 2017 que la recherche de ces termes a pris considérablement de l'ampleur, en y ajoutant l'expression « violence gynécologique ».

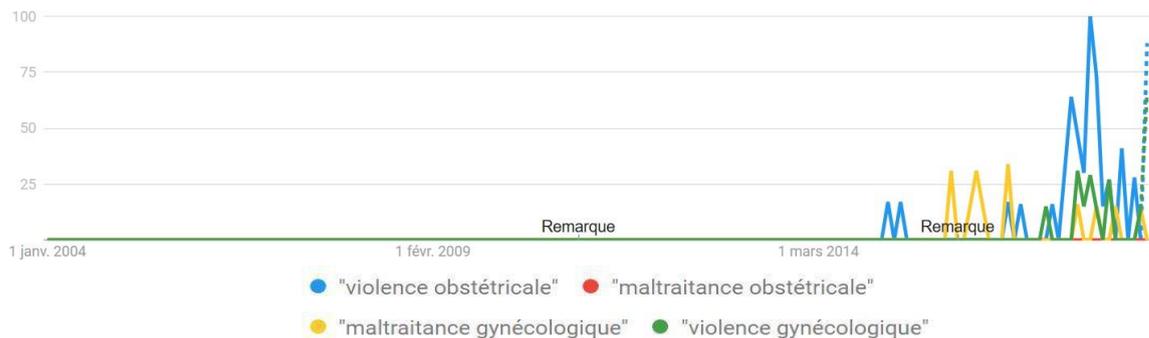
Cependant, l'expression « maltraitance obstétricale » n'est jamais posée.

Afin d'étudier l'évolution de l'utilisation de ces termes, il a été intéressant d'utiliser Google Trends, un outil permettant de connaître, sur une période donnée, la fréquence de l'utilisation d'un terme sur le moteur de recherche Google.

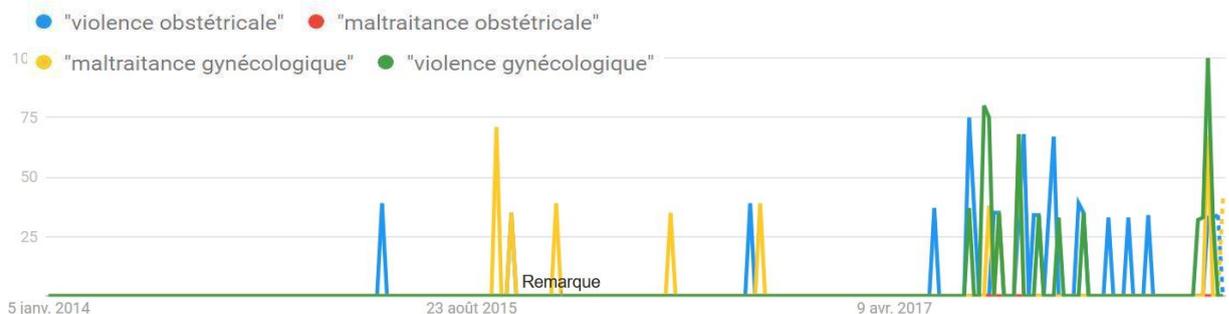
Les résultats reflètent la proportion de recherches portant sur un mot clé donné pour une période spécifique par rapport au moment où le taux d'utilisation de ce mot clé est le plus élevé sur cette période (valeur de 100).

En comparant la recherche en France entre 2004 et 2018 des termes de « violence » et « maltraitance » associés indifféremment aux termes « obstétricales » et « gynécologiques », on obtient les résultats suivants, que nous allons observer en détail par la suite.

Sur le graphique suivant, il est intéressant de remarquer l'insuffisance d'utilisation de ces termes pour être référencés sur Google Trends avant l'année 2015 et l'apparition progressive des recherches sur les quatre dernières années.



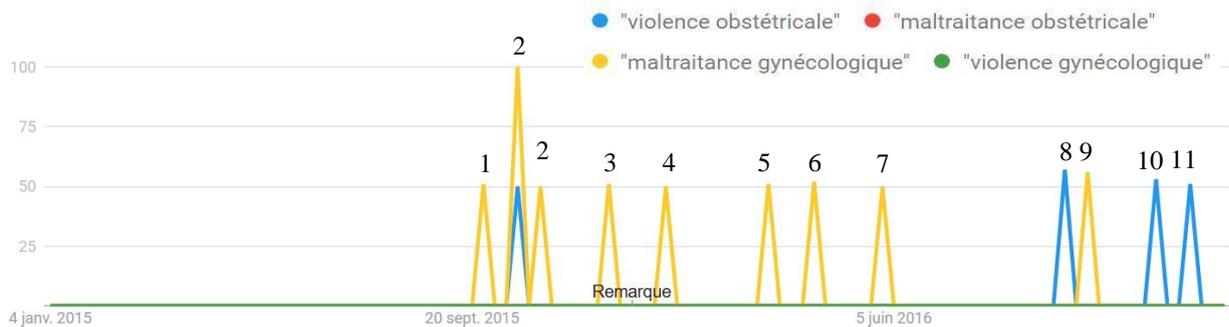
Par ailleurs, si on cible l'analyse sur la période 2014-2018, on remarque la progression des recherches et l'avènement de cette nouvelle problématique sociale en France à partir de 2017.



Ainsi, sur la période 2014-2018, avant avril 2015, les résultats de la recherche sont proportionnellement insuffisants en regard des résultats obtenus en 2018 pour être interprétés.

- **2015 – 2016 : le timide début des recherches.**

Sur la période 2015-2016, on remarque une recherche importante de l'expression « maltraitance gynécologique » en regard des recherches sur les « violences obstétricales », qui apparaîtront plus en nombre sur le tard, fin 2016.



Il est très intéressant de mettre en regard la cinétique de la recherche de ces termes et la parution d'émissions, d'articles de presse en ligne ou de blogs.

Et bien que le lien de cause à effet ne soit pas assurément établi, on peut mettre en évidence que chaque pic de recherche au cours de cette période correspond à un événement en lien avec les polémiques, indexé chronologiquement dans l'analyse suivante.

C'est concomitamment à l'émission « Sur les Docks » de France Culture intitulée « Collection Témoignages : Maltraitements gynécologiques » du 28 septembre 2015 que la proportion de recherche du terme « maltraitance gynécologique » sur le moteur de recherche Google prend significativement de l'ampleur pour la première fois ⁽¹⁾.

Différents pics de recherche sur les « maltraitements gynécologiques » ou les « violences obstétricales » ont suivi, en octobre 2015 ⁽²⁾ concomitamment à la parution sur plusieurs magazines féminins en ligne, d'articles consacrés aux « maltraitements gynécologiques » : « Ces gynécos archaïques qui font souffrir leurs patientes » sur « Le Figaro Madame » le 01 octobre 2015 ou encore « Maltraitance gynécologique : quand les femmes racontent leur souffrance » sur « RTLgirls » le 14 octobre 2015.

Puis, deux pics de recherche peuvent être observés en décembre 2015 ⁽³⁾ concomitamment à un article de Martin Winkler diffusant le témoignage « Le consentement vu par une patiente » sur le blog « L'école des soignants » et en janvier 2016 ⁽⁴⁾ en parallèle de la promotion du livre « Mon guide gynéco » d'Agnès Ledig et Teddy Linet, paru le 21 janvier.

Par ailleurs, les recherches sur la toile mettent en évidence une certaine perméabilité entre les termes de « violence obstétricale » et de « maltraitance gynécologique » au début de leur apparition.

Fin mars 2016, en lien avec l'article consacré aux « violences obstétricales » de Marie-Hélène Lahaye datant du 15 mars 2016 sur son blog « Marie accouche-la », on observe un pic de recherche pour les « maltraitements gynécologiques » ⁽⁵⁾.

De même, début avril 2016, en parallèle au 6^{ème} pic de recherche, le CIANE publie une bibliographie sur les maltraitements médicaux, et plus particulièrement les « violences obstétricales » ⁽⁶⁾. Début juin, simultanément à la Semaine Mondiale de l'Accouchement Respecté (SMAR), dont le thème était « Mon corps, mon bébé, ma décision », correspondent des pics de recherche sur la « maltraitance gynécologique » ⁽⁷⁾.

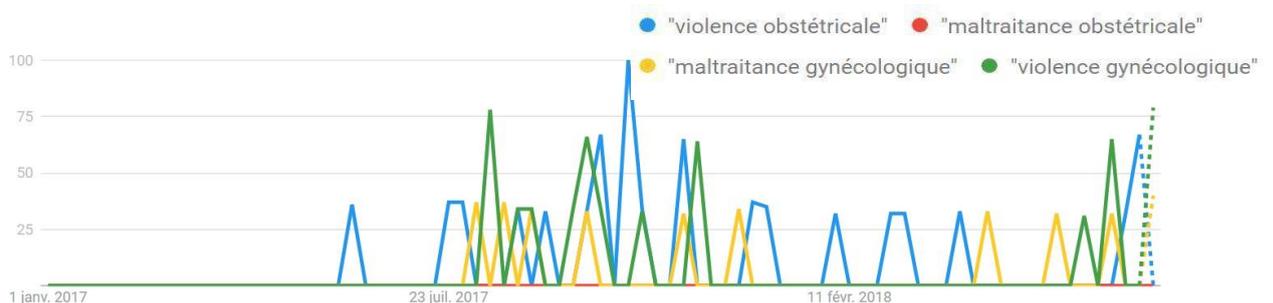
Par ailleurs, la première recherche massive du terme « violence obstétricale » est imputable à la diffusion du mémoire de fin d'études de sciences politiques de Natassia Audibert, intitulé « Violence obstétricale, émergence d'un problème public en France » ⁽⁸⁾.

Ensuite, en octobre 2016 ⁽⁹⁾, apparaît une nouvelle fois la recherche importante du terme « maltraitance gynécologique » en regard de la promotion du livre de Martin Winkler, « Les Brutes en Blanc », ayant comme sous-titre d'accroche « Pourquoi y a-t-il tant de médecins maltraitants ? », paru le 5 octobre 2016.

En novembre, la diffusion d'un article sur les « violences obstétricales » dans le magazine professionnel « Profession sage-femme » est concomitant à une recherche importante du terme « violence obstétricale » ⁽¹⁰⁾.

Enfin, en décembre 2016, la recrudescence de la recherche du terme « violence obstétricale » ⁽¹¹⁾ est imputable à un article paru sur la version française du magazine en ligne Slate, le 12 décembre intitulé « Ces séjours à la maternité qui virent au cauchemar (ou presque) » et mentionnant le terme de « violence obstétricale ».

• 2017 – 2018 : Un sujet social à part entière.



Sur la période 2017-2018, on observe la multiplication des recherches sur le thème des « violences obstétricales » et « maltraitements gynécologiques », mais également l'apparition de la recherche de la « violence gynécologique », concomitamment à la publication du livre de Mélanie Dechalotte « Le livre noir de la gynécologie » ou des polémiques induites par l'intervention de la secrétaire d'Etat à l'égalité entre les hommes et les femmes, Marlène Schiappa, sur le taux d'épisiotomies en France.

A ce jour, au milieu de l'année 2018, l'utilisation de ces termes sur le moteur de recherche Google continue d'être régulièrement en progression.

Ainsi, si ces deux expressions « violence obstétricale » et « maltraitance gynécologique » ont sémantiquement une signification et une portée différente, ils sont utilisés de façon interchangeable au fil des polémiques dans le langage courant.

3. Ce qui est dénoncé par les femmes par le biais de la controverse.

Andrée Rivard, docteure québécoise en histoire explique dans sa thèse portant sur l'histoire de l'accouchement au Québec en 2010 que *la violence obstétricale et la maltraitance institutionnelle sont de toute évidence des réalités vécues par les mères depuis longtemps et qui malheureusement persistent. Il s'agit d'un sujet tabou dont on ne parle de nos jours que du bout des lèvres tellement la question est délicate et surtout difficile à documenter.* (Rivard, 2010)

Le Haut Conseil à l'Égalité, dans son rapport établi en juin 2018, met en évidence six types d'actes sexistes réalisés à l'encontre des patientes durant leur suivi gynécologique ou obstétrical :

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

(« HCE : Les actes sexistes dans le suivi gynécologique, Rapport », 2018)

Si le Haut Conseil à l'Égalité décrit et dénonce ces actes depuis le milieu de l'année 2018, les femmes prennent la parole et la plume depuis plusieurs années avec l'objectif de faire bouger les lignes. On peut alors se demander ce qui est dénoncé au travers des diverses polémiques sur les « violences obstétricales » et la portée de ces revendications.

3.1 Des pratiques intrusives et tranchantes

A partir de 2013, en France, c'est l'acte intrusif non consenti qui est dénoncé en premier lieu dans la controverse : c'est-à-dire ce qui entre dans le corps (le toucher vaginal), ce qui coupe le corps (l'épisiotomie), ce qui mutilé le corps (le « point du mari »).

Puis, au fil du temps, la parole se libère et vient la dénonciation des paroles inadaptées, des jugements, du défaut d'information ou de prise en charge de la douleur avec, toujours en filigrane, le non-respect du consentement libre et éclairé.

En grec, le corps ou soma est opposé à la psyché. Il est intéressant ici de mettre en regard ces deux parties intégrantes de ce qui nous constitue en tant qu'individu : le corps et le psychique dans le sens psychologique.

Dans les polémiques, ce qui touche le corps, le physique est dénoncé en premier lieu, puis c'est au tour des affections psychiques résultant des actes physiques ou de la négation de l'autre sous toutes ses formes d'être dénoncées dans un deuxième temps.

Ainsi, les actes physiques témoins des violences que subissent ou pensent avoir subi les femmes au sein des institutions en périnatalité en France ont servi de tremplin à l'expression massive d'un plus grand malaise et d'une certaine défiance envers le corps médical.

3.2 Le non-respect des droits du patient et de la parole des usagères

Le non-respect des droits fondamentaux du patient, notamment ceux inscrits dans la loi « Kouchner » du 4 mars 2002 concernant les droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne, à l'information sur l'état de santé ainsi que le principe de consentement libre et éclairé sont pointés du doigt dans cette controverse.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé stipule que « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. [...] 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. ».

Elle énonce également que « l'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre. » (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002)

En effet, depuis le début des polémiques, les lanceurs d'alerte, mais aussi les femmes, s'appuient sur la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé afin de dénoncer les violences qu'elles considèrent avoir subi en gynécologie et obstétrique, en espérant se faire entendre.

C'est ce qui est reproché aux professionnel.le.s de santé : ne pas écouter la parole des femmes.

Lorsqu'un journaliste de Libération demande, en décembre 2017, à Marie-Hélène Lahaye, alors porte-parole du mouvement le « Off du CNGOF », ce qui est reproché aux acteurs de la gynécologie et de l'obstétrique, la réponse est claire : « *Ne pas écouter les femmes. Depuis des mois, il y a un vrai mouvement dans l'opinion publique au sujet des violences gynécologiques.*

On en parle dans la presse, dans des livres, sur les réseaux sociaux. Et ces professionnel.le.s-là sont totalement déconnecté.e.s de la réalité et des revendications qui font écho en France. ». (« Violences obstétricales : «Les gynécologues n’écoutent pas les femmes» - Libération », 2017)

3.3 Le pouvoir médical

En matière de santé, l'hôpital est devenu un instrument thérapeutique systématisé avec l'introduction de normes et de mécanismes disciplinaires depuis le XVIII^e siècle. (Foucault, 1980)

Le pouvoir exercé par les professionnel.le.s de la santé sur les patient.e.s, et dans un plus grand angle, le pouvoir médical dans sa globalité sont ainsi également dénoncés dans cette controverse.

Le Dr Vercoustre, gynécologue-obstétricien, bien que particulièrement engagé envers une réforme du système hospitalier et ayant donc un avis orienté sur la question, interviewé dans un quotidien régional, s'exprime ainsi : *« la polémique sur les violences obstétricales montre qu'entre le pouvoir médical et les patients, les lignes bougent. Les femmes ne supportent plus le paternalisme médical. C'est un phénomène irréversible de la redistribution du pouvoir entre médecins et patients qui va bien au-delà du domaine obstétrical. ».*

Quelles que soient les prises de position et l'orientation des protagonistes sur ce sujet, la remise en question du pouvoir médical a un impact sur la controverse des « violences obstétricales » et la nourrit.

3.4 En toile de fond : le patriarcat

Comme l'exprime Nabila Hamza, sociologue tunisienne expert dans les questions de genre dans ses travaux sur les violences de genre, *toute tentative d'élucidation des facteurs lié à la violence basée sur le genre doit s'inscrire dans le contexte plus large des relations de pouvoir.* (Hamza, 2006) En creux, cette remise en question du pouvoir médical met en exergue la dénonciation et le refus de plus en plus marqué du patriarcat et de la domination masculine dans la société occidentale, allant de pair avec divers sujets de société très actuels comme le harcèlement, les violences sexistes, ou encore les inégalités salariales.

Michel Izard, anthropologue français, définit le patriarcat dans le « Dictionnaire de l'Ethnologie et de l'Anthropologie » comme une *forme d'organisation sociale et juridique fondée sur la détention de l'autorité par les hommes.* (Izard, 2004)

Le patriarcat, dénoncé par le mouvement des féministes radicales dans les années 70 comme étant un système favorisant l'oppression des femmes par les hommes et un descendant direct des rôles féminin et masculin ancestralement préétablis, est *ancré dans les règles sociales et culturelles et érigé en institution par la loi et les structures politiques.* Par ailleurs, il est partie prenante des débats publics et imprègne les idéologies étatiques. Et même s'il restreint les choix des femmes, *il ne leur ôte pas pour autant tout pouvoir, comme en témoignent l'existence des mouvements de femmes et la reconnaissance de leurs droits.* (« In-depth study on all forms of violence against women - Report of the Secretary-General », 2006)

4. 2017-2018 : La mise en place d'un nouveau cadre normatif

4.1 Aujourd'hui, la société redéfinit les normes en matière de sexisme

Le climat actuel favorable à une remise en cause du sexisme ambiant dans la société dans sa globalité, au travers des multiples dénonciations du « harcèlement de rue », d'affaires telles que « l'affaire Weinstein » ou tout récemment des agressions sexuelles durant la Coupe du Monde de Football a permis de reconnaître le harcèlement sexuel jusque-là souvent minimisé, toléré et impuni et définit ainsi de nouvelles normes dans toute la société.

La Docteure Muriel Salmona, présidente de l'association « Mémoire Traumatique et Victimologie », fait part de son espoir, dans un article sur le mouvement « #Metoo » résultant de l'affaire Weinstein, en un changement de paradigme concernant les actes sexistes et les agressions sexuelles banalisés dans notre société. Elle confesse attendre de ces affaires qu'elles soient le témoin d'un tournant historique permettant une prise de conscience générale à *hauteur du scandale humain et du problème majeur de santé publique que représentent ces violences sexuelles*.

Ainsi, en réponse à la libération massive de la parole des femmes françaises, notamment au travers du hashtag « #balancetonporc » concernant le harcèlement ou les agressions sexuelles qu'elles ont pu subir au cours de leur vie, Muriel Salmona appelle à la mise en œuvre d'un plan national afin de lutter contre l'impunité de ces crimes sexistes : « L'ampleur, la gravité, l'impunité, ainsi que le caractère sexiste et discriminatoire de ces violences sexuelles sont indignes de sociétés démocratiques qui se prétendent égalitaires ». (« Manifeste contre l'impunité des crimes sexuels, Salmona, 2017)

La vague de révélations planétaire permise par la très médiatisée affaire Weinstein a mis en lumière un phénomène de masse et a permis de redéfinir les codes : l'opprobre n'est plus du côté des femmes, mais des agresseurs. On peut néanmoins se demander pourquoi ce mouvement aussi important de l'autre côté de l'Atlantique que dans l'hexagone se diffuse aujourd'hui.

Céline Piques, porte-parole du mouvement Osez le féminisme l'explique ainsi : « C'était le bon moment, le bon timing. Le message commençait à passer auprès des femmes et c'était l'affaire de trop, celle qui a définitivement montré que les violences faites aux femmes ne sont pas isolées mais systémiques et organisées ». (« #MeToo: comment poursuivre "l'effet Weinstein" en 2018, après la libération de la parole des femmes? », Le Huffington Post, 2018)

Mais concrètement, quelles conséquences ont ces mouvements sur la scène politique et quelle est leur portée ?

En décembre 2017, dans un billet publié dans le Huffington Post, Marlène Schiappa avance que *2017 a marqué une rupture irréversible, [et que] 2018 sera l'année de l'action politique collective*. Elle conclue ainsi *qu'ensemble, nous allons contribuer activement à l'élaboration du projet de loi contre les violences sexistes et sexuelles qui sera présenté au cours de l'année 2018. 2017 a été l'année des révélations; 2018 doit être celle de l'action*. (« Violences sexistes et sexuelles », Schiappa, 2017)

4.2 Un changement récent du cadre normatif en santé génésique

Les dénonciations massives du sexisme banalisé dans la société au milieu de l'année 2017 ont permis la reconnaissance « officielle » du terme de « violences obstétricales » et un changement de paradigme rapide dans le domaine de la santé génésique. Les actes sexistes et l'ascendant médical ne sont plus tolérés avec la même mansuétude qu'il y a peu.

De ce fait, et ajouté à cela l'implication des pouvoirs publics dans la polémique et la demande de l'établissement d'un rapport au Haut Conseil à l'égalité, on peut dire aujourd'hui que l'on assiste à l'apparition de nouvelles normes en santé génésique.

Concrètement, à ce jour, le HCE propose d'élaborer un cadre juridique explicite autour de l'interdiction de perpétuer tout acte sexiste durant le suivi gynécologique et obstétrical.

Il insiste sur l'absence de mention du critère de sexe comme motif de discrimination dans le Code de Déontologie des médecins ou des sages-femmes, comme il peut être reconnu dans le Code Pénal ou le Code du Travail et demande son intégration dans l'article 7 du Code de la Santé Publique.

De plus, il propose 26 recommandations articulées autour de trois axes dans le but de reconnaitre les actes et violences sexistes perpétuées durant le suivi gynécologique et obstétrical, de les prévenir et les condamner, permettant, in fine, d'établir officiellement un nouveau cadre normatif autour des « violences gynécologiques et obstétricales ». (Annexe III)

La dénonciation des pratiques dorénavant jugées violentes en obstétrique ainsi que des mécanismes de domination généralisés dans la société, par cette controverse de plus en plus médiatisée, permet donc de dégager différentes normes auxquelles nous sommes intrinsèquement soumis et de mettre en évidence la plasticité de ces normes.

En effet, un acte peut être considéré déviant ou non selon le contexte normatif dans lequel il est effectué : tout dépend du contexte culturel, social ou historique.

Ainsi, actuellement, on assiste à une remise en question du cadre normatif autour des pratiques en gynécologie et obstétrique. Se pose alors la question suivante : qu'est ce qui explique ce changement de paradigme ?

Partie 3 : Pourquoi ce changement de paradigme ? Conjonction de plusieurs facteurs.

1. Evolution des regards sur l'institution et sur les droits des usager.s

1.1 Une nouvelle conception de l'usager du système de soin au début des années 2000

Tout au long du XX^{ème} siècle, on assiste à une évolution générale du droit français en faveur des usagers du système de santé.

La première apparition officielle de la notion de « droits du malade » date de 1942, dans l'arrêt Teyssier, qui pose l'obligation au praticien de recueillir le consentement du patient lors d'exams ou de la mise en place d'une thérapeutique. (Cour de Cassation, Chambre civile du 4 août 1942)

Dans les années 80, les crises sanitaires successives telles que la pandémie du SIDA remettent en cause la qualité des soins et du système de santé, et posent la question de l'intérêt de la participation du patient dans les prises de décision médicales.

En 1996, la réforme de l'hospitalisation publique et privée porte, entre autres, sur le droit aux malades. Les établissements de santé ont alors comme mission de leur assurer une prise en charge de qualité.

C'est dans ce contexte que la loi « Kouchner » a été promulguée le 4 mars 2002. La loi, relative au droit des malades et à la qualité du système hospitalier, marque la recherche d'une démocratie sanitaire réalisée au travers d'une relation équilibrée entre l'institution hospitalière et l'usager.e.

L'un des principes fondamentaux instaurés par la loi est la possibilité pour le.a patient.e de prendre connaissance librement et sans intermédiaire de son dossier médical. Cette disposition permet d'introduire la notion de consentement éclairé dans les soins. Ainsi, le consentement se doit d'être libre, c'est-à-dire fait en l'absence de contrainte, et éclairé, soit en toute connaissance des informations disponibles.

La loi « Kouchner » permet alors d'installer le.a patient.e dans une position « actrice » de sa santé, et tente de gommer la dissymétrie communément présente dans la relation soignant.e/soigné.e. Par ailleurs, elle incite les patient.e.s à s'organiser en associations d'usager.e.s afin de faire valoir et gérer leurs intérêts et leurs droits face à l'institution médicale.

Le droit à l'indemnisation de préjudices à l'amiable, dont la conciliation et le règlement sont centralisés par des commissions régionales, est également l'une des avancées de cette loi.

La reconnaissance progressive des droits des patient.e.s et la mise en œuvre de politiques de prévention au sein des institutions ont ainsi permis une remise en question des pratiques et le recentrage de l'organisation des institutions de soin sur l'usager.e.

1.2 La prise de conscience récente des violences institutionnelles

Ces législations, adoptées dans le but de réaffirmer les droits des usager.e.s et de promouvoir le respect de la dignité humaine ont également permis de démontrer la volonté actuelle des pouvoirs publics à s'engager contre les violences et maltraitements institutionnelles, qui n'ont été reconnues comme telles que très récemment.

Jacques Pain, professeur en sciences de l'éducation, déclare en 1999 que *la violence apparaît en cette fin de siècle comme le paradigme sociétal par excellence. Elle traverse de part en part le monde et la mondialisation, et elle hante l'institution.* (Pain, 1999)

De manière générale, la violence institutionnelle subsiste lorsqu'une institution *échoue dans l'exercice de ses fonctions spécifiques ou provoque un mal-être de ses usagers.* (Linares, 2008)

La violence institutionnelle a longtemps été un phénomène passé sous silence ou minimisé, jusqu'à la prise de conscience de la maltraitance exercée sur les enfants dans les institutions, mise en lumière par Stanislaw Tomkiewicz en 1982, comme nous l'avons vu précédemment. Ainsi, les travaux sur l'enfance maltraitée ont mené à l'étude des maltraitements sur personnes vulnérables, puis à la reconnaissance des maltraitements institutionnelles dans leur ensemble.

La prise de conscience par les pouvoirs publics, appuyée dans les années 2000 par la publication de différents rapports concernant les maltraitements envers les personnes âgées ou handicapées (Debout, 2003) (Rapport de commission d'enquête n° 339, Sénat, 2003) a été rapidement relayée par les médias auprès du grand public, permettant la mise en lumière des actes dont les personnes vulnérables peuvent-être victimes dans les institutions.

Par ailleurs, on assiste à une légitimation de ce problème de santé publique sur le plan juridique au début du XXI^{ème} siècle. En 2001, les violences et maltraitements dans les institutions sociales et médico-sociales font l'objet d'une circulaire (« Bulletin Officiel n°2001-31 ») établissant différents axes de prévention. Puis, dès 2002, la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) lance un programme pluriannuel de prévention des risques de maltraitements dans les établissements sociaux et psycho-sociaux concernant les adultes vulnérables. (« Bulletin Officiel n°2002-21 »)

Ainsi, la reconnaissance récente des violences ou maltraitements exercées à l'encontre des personnes vulnérables au sein des institutions de soin est l'une des pierres angulaires de l'émergence des revendications actuelles à l'encontre des « violences ou maltraitements » en gynécologie et obstétrique.

Stanislaw Tomkiewicz, expliquait déjà en 1992, que *toute institution secrète la violence [...], il faut que l'on comprenne que c'est quasi naturel [...] et nous devons exercer une vigilance minutieuse pour éviter la violence dans les institutions.* (Corbet et al., 1992)

Il est alors légitime de se demander si la prévention de la violence institutionnelle exercée à l'encontre des patient.e.s ne tiendrait pas, en partie, à la prévention de la violence subie par les professionnel.le.s de santé dans l'institution, et en amont, par ceux en devenir.

1.3 Reproduire la violence : la violence envers les étudiant.e.s dans les études de santé

La violence exercée par l'institution sur les étudiant.e.s en santé est une question d'actualité, de plus en plus décriée et remise en cause par les syndicats étudiants, mais pas seulement.

Début 2017, Valérie Auslender, médecin généraliste attachée à Sciences Po, publie « Omerta à l'Hopital », un recueil de témoignages glaçants de violences psychologiques ou physiques, subies par les étudiants en santé.

En mars 2018, l'ANESF (Association Nationale des Etudiants Sage-Femme) a lancé une enquête sur la santé des étudiant.e.s sages-femmes français.e.s. Bien que les résultats de cette étude ne soient pas encore disponibles, tout comme ceux de l'étude épidémiologique de grande ampleur i.Share sur la santé des étudiants se terminant fin 2018, ce sujet a tout de même déjà été évalué par certains syndicats d'autres filières auparavant.

Une enquête de la Fédération Nationale des Etudiant.e.s en Soins Infirmiers, réalisée en 2014, dévoile des résultats inquiétants : 45% des étudiant.e.s en soins infirmiers considèrent leur formation comme violente dans son ensemble, tant physiquement que psychologiquement, et plus de 85% considèrent leur relation avec les équipes encadrantes comme violente. (Enquête « Je veux que ma voix compte », 2015)

Les études portant sur la santé mentale des étudiants, et plus particulièrement sur les étudiants en santé sont rares. Cependant, ceux-ci ne sont pas épargnés par les troubles psychiques tels que la dépression ou l'anxiété, qui touchent 10% et 21% de la population française générale.

Pour l'ISNI (InterSyndicat National des Internes), les étudiants en santé sont pourtant « *soumis à des risques psychosociaux définis, [...] susceptibles de dégrader l'état de santé psychique d'un individu.* ».

De plus, les conditions de sélection et de travail dont ils sont tributaires peuvent être « *responsables de l'apparition de troubles anxio-dépressifs, d'épuisement professionnel ou de burn-out, [...] qui peuvent alors entraîner une diminution de la qualité des soins prodigués ainsi qu'une augmentation du risque d'erreurs médicales* ». (Enquête « Santé Mentale Jeunes Médecins », 2017)

En 2016, le Conseil National de l'Ordre des Médecins, en partenariat avec les syndicats étudiants, a réalisé une étude portant sur l'état de santé global des étudiants en médecine afin d'objectiver, entre autres, leur mal-être.

Selon l'ANEMF (Association Nationale des Etudiants en Médecine de France), il en résulte les conclusions suivantes : les étudiants en médecine et jeunes médecins présentent pour 66% d'entre eux des symptômes anxieux, des symptômes dépressifs pour 27% et des idées suicidaires pour 14%, soit respectivement 2,5, 2,7 et 3,4 fois plus que la population générale. (« La Santé des Etudiants et Jeunes Médecins », Lebreton-Lerouillois, 2016) (Merad, 2018)

Yanis Merad, président de l'ANEMF, déclarait en mars 2018 lors d'un congrès au cours duquel l'association réaffirmait son engagement en faveur du bien-être des étudiants en médecine en réponse aux suicides de plusieurs étudiants : « *Non au bizutage intergénérationnel ! Comment peut-on être convaincus que faire souffrir les étudiants en médecine pour en faire "des durs" est une voie acceptable ? Ni l'objectif ni le moyen ne sont corrects ! Les études de médecine sont une spirale infernale.* ».

Bien que les violences et pressions psychologiques exercées sur les étudiants en santé ne soient pas systématiques et ne touchent pas l'intégralité des étudiants, la prise de conscience du mal-être des futures professionnel.le.s du soin et l'instauration de la bienveillance est nécessaire, afin de permettre l'exercice des missions qui leur sont dévolues dans les meilleures conditions, et ce dès le début de la formation. Ainsi, le fondement d'une prise en charge bienveillante des patient.e.s commencerait peut-être, entre autres, par l'établissement d'une prise en charge bienveillante et épanouissante des futur.e.s soignant.e.s.

1.4 Du sexisme banalisé et institutionnalisé dans le milieu médical au sexisme dénoncé

Le sexisme, défini comme une attitude de discrimination fondée sur le sexe, est très présent dans le secteur médical et de plus en plus dénoncé, suivant la tendance actuelle de lutte générale contre les actes sexistes.

Ce sexisme ambiant, présent au sein même des études et professions médicales, ne permettra pas de prendre conscience du problème des actes sexistes perpétrés en gynécologie et obstétrique, qui seraient alors banalisés.

L'« humour carabin », comme le dénonce l'HCE dans son rapport, *mobilise très souvent le sexisme et les femmes en sont une cible privilégiée*, mais n'est pas reconnu comme tel par les carabins. (« HCE : Les actes sexistes dans le suivi gynécologique, Rapport », 2018)

La dénonciation des fresques pornographiques des salles de garde d'internats, comme celle du CHU de Clermont-Ferrand représentant un viol collectif à l'encontre d'une femme en est l'exemple. Cette fresque avait suscité l'indignation auprès des médias, du grand public et du gouvernement, mais était défendue par les internes qui minimisaient son impact et justifiaient sa légitimité au nom de la liberté d'expression et de l'humour carabin.

En 2017, l'ISNI a lancé une enquête nationale sur le sexisme pendant l'internat de médecine. Les résultats sont sans appel : 86% des internes de médecine, femmes et hommes confondus, font part d'actes sexistes subis durant leurs études, et la moitié de ces faits sont commis par des médecins ou des supérieurs hiérarchiques. (« Enquête sexisme, dossier de presse », 2017)

Le sexisme ambiant, dénoncé depuis peu dans notre société, est très présent dans le milieu médical. Ainsi, les représentations et pratiques sexistes banalisées et institutionnalisées au sein des formations médicales sont également l'une des causes insidieuses des actes sexistes commis par les professionnel.le.s de santé, quel que soit leur sexe, dont les femmes peuvent-être les cibles lors de leur suivi médical.

2. Evolutions techniques dans le monde de la naissance

2.1 La médicalisation de la naissance, assurance de survie

Les polémiques récentes axées sur les actes médicaux relevant des « violences obstétricales » selon les femmes sont également le miroir de la remise en cause timide et progressive de la médicalisation de la naissance. (Charrier & Clavandier, 2013)

Comme l'exposent les historiens Paul Cesbron et Yvonne Knibiehler, dans « *La naissance en Occident* » (2014) ou encore Jacques Gélis dans « *L'arbre et le fruit* » (1984), historiquement, les femmes donnaient la vie à domicile, sans assistance médicale ni anesthésie, assistées par des matrones disposant de connaissances oralement acquises concernant les techniques d'accouchement ou de prise en charge de la douleur. Mais l'accouchement était douloureux et associé à une mortalité maternelle et néonatale élevée.

A partir du 16^{ème} siècle, sous l'influence de l'Eglise et de l'Etat, le corps des sages-femmes est créé afin d'encadrer et surveiller les pratiques liées à la naissance : aider à donner la vie n'est plus une fonction tenue par les matrones, mais évolue dans le cadre d'une profession encadrée par des savoirs médicaux. L'objectif, nataliste au premier abord, permettant de rendre compte et de lutter contre la mortalité périnatale, est également une affaire de pouvoir, car il permet d'éloigner progressivement les femmes du domaine de la naissance.

En effet, les sages-femmes et matrones, face à l'évolution de la considération de l'accouchement comme une affaire scientifique nécessitant une érudition, ont rapidement été évincées de cette sphère autrefois intime qui leur était dévolue.

Le savoir de l'accouchement a progressivement été accaparé par les médecins, hommes, qui ont alors instauré diverses méthodes d'accouchement et ont développé l'utilisation d'instruments afin de faciliter la naissance. Ces instruments, pour l'historienne Yvonne Knibiehler, sont alors le *symbole d'un nouveau pouvoir masculin*. (1983)

Les femmes de hautes catégories sociales font alors appel aux médecins accoucheurs, et parallèlement, l'hôpital est considéré comme le mouvoir des femmes pauvres, notamment à cause de l'absence d'hygiène et de la fièvre puerpérale.

Au XIX^{ème} siècle, l'introduction expérimentale de l'asepsie et ainsi la diminution considérable de la mortalité maternelle et néonatale redore l'image des hôpitaux.

Durant le siècle suivant, les femmes des villes choisissent de plus en plus d'accoucher dans les institutions plutôt qu'à domicile. En 1952, le choix de la médicalisation prend le dessus sur l'accouchement à domicile, encore géré par les sages-femmes.

Les femmes choisissent, lorsqu'elles le peuvent, la médicalisation de la naissance dans les maternités gérées par des médecins, assurance de sécurité, appuyée par la régression spectaculaire de la mortalité maternelle à l'époque.

2.2 La maîtrise de la douleur de la parturiente lors de l'accouchement

La maîtrise des risques majeurs de l'accouchement en termes de mortalité maternelle a permis d'instaurer un climat de confiance et de sécurité dans les salles de naissance. En revanche, la douleur de l'enfantement était toujours belle et bien présente.

Au XIX^{ème} siècle, les premiers essais d'analgésie à base d'éther ou encore de chloroforme sont concluants et utilisés au Royaume-Uni. Cependant, en France, les réticences des médecins à ces méthodes analgésiques chimiques qui augmenteraient les complications obstétricales et celles de l'Eglise, qui prône « l'enfantement dans la douleur » ne permettent pas une prise en charge décente de la douleur lors de l'accouchement.

Diverses techniques cohabitent jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle, allant de la relaxation à la gestion de la respiration aux techniques médicalisées, suivant les structures où ont lieu les accouchements et les professionnel.le.s qui les pratiquent. (Caron-Leulliez, 2008)

Après la Libération, les maternités se modernisent et la médicalisation de la naissance s'intensifie. Les obstétriciens misent sur l'assurance de la sécurité et la promesse d'une analgésie efficace pour attirer la patientèle dans leurs hôpitaux et cliniques.

Dans les années 1950, l'obstétricien Fernand Lamaze importe d'URSS une méthode non médicamenteuse de gestion de la douleur des parturientes, et la développe à la maternité des Bluets à Paris. Cette méthode, utilisant des techniques psychologiques afin de « déconditionner » les réflexes de la douleur, alliées à une connaissance du corps et de ses mécanismes par les femmes elles-mêmes, a fait ses preuves pendant quelques années jusqu'à être remise en cause dans les années 1970. (Vuille, 2017)

Puis début des années 1980, le développement de l'analgésie péridurale est porté par les féministes, qui y voient une émancipation et un pied de nez à l'adage « tu enfanteras dans la douleur ». L'engouement est rapide, et la péridurale devient rapidement le gold standard, jusqu'à être remboursée intégralement par la sécurité sociale en 1994.

La maîtrise de la douleur des femmes lors de l'accouchement a été une révolution médicale, féministe mais également sociale.

Depuis l'avènement des techniques d'accouchement sans douleur puis des techniques d'anesthésie, le corps féminin lors de l'accouchement n'est plus seulement un « objet de souffrance ».

Cependant, comme l'explique l'historienne Marie-France Morel, ce contrôle de la douleur des femmes a nécessité et permis une réorganisation des soins. D'une part, la présence d'un anesthésiste de garde nécessaire à la prise en charge analgésique a demandé la rationalisation des soins, et d'autre part, cette rationalisation des soins a permis une certaine productivité de la naissance, favorable pour les institutions. (Morel, 2018)

2.3 Une naissance pensée en termes de productivité

Il est important d'appréhender les diverses facettes d'un phénomène social, en prenant en compte ses intérêts politiques et sociaux. En effet, par exemple, selon la sociologue Marilène Vuille, si la méthode d'accouchement sans douleur rapportée d'URSS par Fernand Lamaze a eu tant de succès dans les années 50, pendant la guerre froide, c'est parce qu'elle servait parfaitement divers intérêts politiques et médicaux : « s'il n'avait été qu'une pure méthode d'analgésie sans attaches partisans, l'accouchement sans douleur serait probablement resté, comme tant d'autres techniques, anecdotique dans l'histoire de l'analgésie obstétricale. ». (Vuille, 2017)

La « naissance moderne » prend corps au moment où la naissance se médicalise et s'intègre dans des structures dédiées au sein de l'hôpital, les maternités. On prend alors conscience que la naissance est un enjeu social : il intègre un nouvel être au sein de la société, d'où la nécessité de l'encadrer.

Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier, sociologues, expliquent ainsi que *toute naissance est politique, quand bien même elle serait issue de l'engendrement d'un être (biologique) relevant d'un désir de deux personnes (intime)*. (2013)

Si l'accouchement a progressivement été pris en charge par les institutions au fil du temps, la rentabilisation de la naissance est un fait récent.

La fermeture de maternités tenues par des sages-femmes en 1972, trop petites et pas assez productives, suivie par la création de normes d'encadrement de plus en plus strictes et le regroupement des maternités selon leur degré de technicité en 1998 en sont la preuve. (Charrier & Clavandier, 2013)

Cette demande de rentabilité au sein des centres de soins impose alors une réorganisation impliquant, entre autres, une naissance pensée en termes de productivité.

Le modèle industriel du début du 20ème siècle d'Henry Ford basé sur une organisation du travail centrée sur le rendement peut être mis en parallèle avec le nouveau modèle productiviste de la naissance. En effet, ce nouveau schéma a un effet positif sur l'organisation et la rentabilité des soins en obstétrique à l'hôpital.

Herbert Marcuse, philosophe et sociologue allemand, signe cette analyse : « Sous le règne du principe de rendement, le corps et l'esprit sont transformés en instruments du travail aliéné ». (Marcuse, 2016)

En philosophie, on peut définir l'aliénation par le fait pour une conscience, d'être déterminée par une puissance extérieure à elle-même, et en l'occurrence par la réalité des modes de production de la vie matérielle et de ses besoins.

Pour Marx, l'aliénation est le processus par lequel un individu est dépossédé de ce qui le constitue au profit d'un autre ou d'une entité supérieure, ce qui entraîne un asservissement : *l'homme est rendu étranger à l'homme.*

Au travers de ces analyses philosophiques, on peut ainsi extrapoler et être amené à penser que le rendement et la productivité instaurés et considérés comme nécessaires au bon fonctionnement des systèmes de soins sont parfois la cause d'une altération de la réflexion et de la façon d'agir, impliquant la perpétuation de violences institutionnelles.

Il faut qu'un service de soins soit rentable : l'obstétrique n'y échappe pas. La remise en cause et l'opposition à certaines pratiques établies et instaurées est ainsi parfois difficile, la façon de penser au sein du système de santé actuel étant biaisée entre autres par la réalité économique, qu'elle soit individuelle ou collective.

La question serait alors d'être à même de prendre du recul, afin de ne pas exercer une médecine automatisée, aux dépens du respect et de la dignité humaine et de « penser les pratiques qui se pratiquent sans se penser ». (Gilioli, 2015)

2.4 Une mortalité infime, une maîtrise de la douleur lors de l'accouchement : la promotion de la bientraitance, une nouvelle révolution ?

Grâce à la sécurité médicale et l'analgésie, mais également aux évolutions concernant le domaine de la naissance libéralisant la contraception ou dépénalisant l'avortement par exemple, mais aussi grâce aux techniques d'aide médicale à la procréation, la grossesse et la naissance sont aujourd'hui envisagées comme des projets et non plus comme des contraintes.

Les revendications actuelles concernant les « violences obstétricales » s'inscrivent dans la continuité des travaux de Frederick Leboyer, militant pour une « naissance sans violence » du côté des nouveau-nés dans les années 70.

L'idée est alors pour les femmes de devenir actrices de leur fonction reproductrice et d'acquérir la légitimité de la revendiquer ou non, mais surtout de ne plus subir les dogmes et normes la concernant.

La « normalisation de la naissance » sociale et politique, conséquence de sa modernisation, a inculqué des normes de comportement au sein des institutions médicales.

La femme enceinte, bien que son statut soit protecteur, n'a pas la place centrale qui lui est due dans l'institution : l'acteur principal de l'accouchement est bien souvent le.a professionnel.le de santé, médecin ou sage-femme. Sous couvert d'une sécurité médicale et d'une protection contre la douleur infligée par la naissance, la femme n'accouche plus, « on » l'accouche.

Et c'est là l'un des enjeux du débat des « violences obstétricales » : remettre la femme au centre du processus au cours duquel elle donne la vie.

3. Une apparition récente des féministes dans le domaine de la naissance

3.1 Les grands courants féministes.

Jalna Hanmer, dans ses travaux dans les années 1970, note la différence majeure entre le mouvement féministe de la fin du 19^{ème} siècle et celui contemporain à ses écrits. Tandis que le premier militait contre l'exclusion des femmes (de la vie politique, de l'éducation), le second vise plutôt les obligations auxquelles les femmes sont soumises dans leur vie domestique ou sexuelle. (Hanmer, 1977)

La première vague du féminisme, initiée après la révolution industrielle du 19^{ème} siècle et marquée par la lutte pour une égalité juridique entre les femmes et les hommes, notamment par les Suffragettes au Royaume-Uni dans un premier temps, ne remettait pas en cause les rôles assignés au genre dans la société.

L'image du « féminin » et de la maternité était à contrario un argument en faveur des revendications de l'époque, marquant une période de féminisme essentialiste.

Le courant essentialiste s'appuie sur les différences biologiques entre les femmes et les hommes et considère qu'il existe des complémentarités entre les spécificités féminines et masculines, qu'il convient d'utiliser harmonieusement pour un fonctionnement optimal de la société.

En 1949, Simone de Beauvoir analyse dans son ouvrage « le Deuxième Sexe », publié dans un contexte d'après-guerre, les mécanismes forgeant les mentalités permettant la subordination des femmes. Elle y critique l'essentialisme et l'image de la féminité dans la société, presque exclusivement tournée vers la maternité, et dont la sexualité est négligée.

Simone de Beauvoir est aux prémices du mouvement opposé à l'essentialisme, l'universalisme, qui proclame le droit à l'égalité entre les deux sexes et pose les bases des études sur le genre, construction socioculturelle de la différence des sexes (« on ne naît pas femme, on le devient »). (Beauvoir, 1968)

Ainsi, le féminisme universaliste pense l'opposition masculin/féminin comme une construction sociale et non comme une donnée innée, permettant la remise en cause de la hiérarchisation des deux sexes.

A la fin des années 60, les militantes féministes ont ainsi commencé critiquer le patriarcat sous toutes ses formes (et à remettre en cause la toute-puissance de la médecine), créant un mouvement « radical », marquant le début de la deuxième vague féministe.

Elles argumentent contre l'infériorisation sociale des femmes au nom d'arguments biologiques et mettent en avant le contrôle des femmes et de leur corps par les hommes et la société. Ce contrôle, présent dans toute institution et toutes sphères dans lesquelles elles gravitent, est la pierre angulaire des luttes féministes de la deuxième vague. (Vuille, 2016)

Inspiré par le *Women's Liberation Movement* américain, figure de proue de la deuxième vague féministe dans les années 60, le Mouvement de libération des femmes (MLF) français, formé en 1968, est issu de la fusion de mouvements militants isolés de gauche ou d'extrême gauche.

Associé au mouvement et à la libération sexuelle de mai 68 et à la libéralisation des combats en faveur du droit à l'avortement et à la contraception initié par le Planning Familial dans le début des années 60, le mouvement lutte contre toutes les formes de sexisme et de discriminations exercées à l'encontre des femmes et milite pour une réelle égalité entre les femmes et les hommes.

Ainsi, la lutte pour la « libération » des femmes passe à l'époque par une recherche de maîtrise de la fécondité et un rejet du cantonnement de la femme à son rôle maternel.

Pour exemple, 28 mai 1972, le jour de la fête des mères, les membres du MLF ont descendu les Champs Elysées en scandant « *Pas d'enfants à la chaîne, pas de chaîne pour les enfants !* », déguisées en tenue d'enfant provocante. Cette manifestation, très décriée, avait pour objectif la remise en cause de l'image de la femme subordonnée et réduite à son rôle de mère. (Ina.fr, s. d.)

3.2 La maternité : aliénation ou émancipation des femmes ?

Le féminisme a longtemps pensé la maternité comme une aliénation et un obstacle à l'émancipation de la femme.

Simone de Beauvoir considérait la maternité comme un *obstacle à la vocation humaine de transcendance*, au dépassement de soi. (Danvers, 2012)

Le féminisme universaliste, dont elle est l'une des figures principales, propose alors de s'émanciper du destin biologique auquel les femmes sont soumises en refusant la maternité. Les luttes en faveur de la contraception et de l'avortement ont appuyé cet argumentaire, permettant la possibilité d'une maternité choisie, fruit d'un long processus de civilisation.

Par ailleurs, dans les années 70, le célèbre slogan « *Un enfant si je veux, quand je veux* » est le reflet de cette vague féministe récusant la maternité, miroir du devoir des femmes envers le patriarcat. La réflexion autour des enjeux de la maternité permise par la contraception est majeure : la femme devient responsable de la maternité, mais également de la paternité, et de leurs conséquences.

La féminité selon le courant universaliste se pense donc plutôt au travers de la liberté, qui n'est alors pas compatible avec l'idée de maternité. Mais la libération n'est pas totale : le contrôle de la fécondité, auparavant juridique, se mue en un contrôle médical, en contrepartie de la légalisation de l'avortement et de la contraception. Ainsi, ce *compromis patriarcal s'est fait aussi à partir d'une vision négative et partagée de la fécondité féminine qui serait une malédiction pour les féministes, et un mal à soigner pour les médecins*. (Cascales & Négrié, 2018)

Cependant, certaines féministes de la deuxième vague, comme l'historienne Yvonne Knibiehler, restent convaincues que la maternité est l'un des enjeux majeurs du féminisme et l'une des bases de l'identité de femme en tant que telle. (2007)

Le contrôle de la fécondité comme moteur de l'émancipation féminine a été néanmoins contesté par certaines féministes qui prônent le féminisme de la différence. Les féministes de la différence, se rattachant au courant essentialiste, soutiennent que la véritable émancipation de la femme n'est pas permise par la négation de ce qu'elle est de nature, mais par la défense de ce qui la constitue, comme sa fonction reproductrice par exemple.

Holly Grigg-Spall, auteur du livre « Sweetening the pill » (Grigg-Spall, 2013), affirme alors qu'*une femme qui n'a pas ses règles est une femme parfaitement adaptée au modèle occidental, patriarcal et capitaliste. Cela lui permet en outre de rester sexuellement disponible et émotionnellement atone.* Par ailleurs, les femmes méconnaissent leur fertilité et leur corps de par le contrôle exercé chimiquement par la pilule sur celui-ci selon Thérèse Hargot, sexologue et auteur du livre « Une jeunesse sexuellement libérée... ou presque » (Hargot, 2016). Selon cette thèse, la pilule est alors un outil de soumission à l'encontre des femmes plus qu'une libération.

Par ailleurs, plus récemment, deux courants féministes s'opposent concernant l'accouchement. Le premier courant, pro-nature essentialiste, défend l'accouchement naturel tandis que le second, pro-médical revendiqué progressiste prône l'accouchement médicalisé et institutionnalisé.

L'absence de réflexions autour de l'accouchement et de sa prise en charge est aujourd'hui décriée par certaines féministes, considérant que dans la médicalisation de la naissance, *un essentialisme qui s'ignore persiste [...] et agit comme un rempart à toute réflexion féministe sur cet « endroit » de la vie des femmes.* (Cascales & Négrié, 2018)

Ainsi, dans « L'Accouchement est politique » (Négrié & Cascales, 2016), Laeticia Négrié et Béatrice Cascales affirment que l'accouchement tel qu'il est vécu au sein du système de santé actuel est le fruit de l'ensemble des mécanismes qui rattachent la femme à sa fonction essentialiste. La femme est assignée à sa tâche reproductive, naturelle, tandis que le dominant issu du système patriarcal permet la maîtrise de cette nature. Pour les auteures, *l'oppression qui se joue au travers de l'accouchement est d'autant plus perverse qu'elle s'appuie sur le concept de psychologie sociale de « soumission librement consentie ».*

L'accouchement respecté et la maîtrise par les femmes de leur propre corps sont aujourd'hui l'un des étendards de la réalisation de la féminité selon certains courants féministes, tandis que le contrôle par la médicalisation l'est pour d'autres. Ainsi apparaît, selon certain.e.s auteur.e.s, la nécessité de faire des mères, en y mêlant les notions d'intersectionnalité et de genre, le sujet de la troisième vague du féminisme.

3.3 Les luttes féministes en santé génésique

Dès les années 1970, les féministes de la deuxième vague commencent à remettre en cause le patriarcat médical et la prise en charge de la santé génésique.

Outre Atlantique, le « Mouvement pour la santé des femmes », qui a vu le jour dans la première moitié des années 1970, milite afin que les femmes reprennent la maîtrise de leur santé.

Des campagnes valorisant l'auto-examen gynécologique ont permis la réappropriation d'actes jusque-là réservés au corps médical, notamment grâce au Collectif de Boston et son ouvrage « Our Bodies, Ourselves » publié en 1971.

Comme l'explique la sociologue Marilène Vuille dans « La Santé est politique », le mouvement pour la santé des femmes a pour cheval de bataille le *refus des hiérarchies entre groupes professionnels aussi bien qu'entre soignant·e·s et soigné·e·s, l'accent porté sur la réappropriation individuelle et collective du savoir sur le corps ainsi que la validation de l'expérience des femmes.* (Vuille, Rey, Fussinger, & Cresson, 2006)

Si en France le mouvement n'a pas eu l'importance qu'il a pu avoir aux Etats-Unis, les féministes françaises ont critiqué également l'attitude des médecins en gynécologie et obstétrique dès les années 70. En 1975, dans son manifeste intitulé « Maternité esclave », le collectif féministe « Les Chimères » dénonce déjà les maltraitements gynécologiques, et surtout l'attitude de certains gynécologues : « ils manipulent brutalement, n'expliquent rien et se permettent en plus de faire des cours de morale ! ». (Chimères, 1975)

Par ailleurs, en 1977, une adaptation de l'ouvrage du Collectif de Boston a été publiée en France, sous le titre « Notre corps, nous-mêmes ».

Ainsi, les revendications féministes des années 70 et 80 ont été majoritairement axées, que ce soit outre Atlantique ou dans une moindre mesure en Europe, sur la santé sexuelle et reproductive des femmes. Par ailleurs, à partir des années 1980, après l'acquisition de droits politiques et médicaux et la considération d'une égalité entre les femmes et les hommes établie, les mouvements féministes se sont atténués.

Dans les années 1990, les luttes des féministes se sont tout de même focalisées sur la place de la femme dans la recherche biomédicale en tant que sujet de recherche, mais également en santé publique. Ainsi, en 1994, lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire, le sujet de la santé reproductive et sexuelle et les droits en santé génésique ont été définis et mis en avant, permettant l'introduction d'un département « Genre, Femmes et Santé » au sein de l'OMS, promouvant des politiques de *gender health* visant à améliorer *l'égalité des chances entre femmes et hommes dans le domaine de la santé.*

Aujourd'hui, Marilène Vuille explique que les initiatives féministes apparues récemment, tout en utilisant le pouvoir de communication des réseaux sociaux, renouent avec le féminisme des années 70. Elles bénéficient en outre des acquis des luttes antérieures, tout en pouvant s'appuyer sur des recours institutionnels.

4. Evolution des regards sur le corps

4.1 Les représentations du corps

« *Les recherches sur le corps dépassent largement le domaine des sciences dures [...]. Car le corps est au centre des relations humaines, sociales et culturelles. Il exprime ou réprime des émotions. Il est l'intermédiaire entre le Moi et l'Autre...* » (« Faire Corps – Séance d'ouverture », Raymonde Séchet 2014)

Dans la société occidentale, l'opposition corps/esprit a été longtemps fondamentale et plutôt stable. Mais avec l'avancée des connaissances concernant la psychanalyse notamment, l'indissociabilité entre corps physique et psychisme est reconnue dans nos sociétés et permet la mise en évidence des traces portées par le corps de dysfonctionnements psychologiques portés par l'inconscient.

Aussi, depuis la fin du XX^{ème} siècle, les représentations que nous avons du corps ont évolué. Le corps n'est plus seulement une construction biologique, mais est également un moyen d'expression, un miroir de notre entité culturelle et sociale à part entière. (Le Breton, 2013)

Ainsi, le corps est un produit social : il nous représente et nous nous le représentons. Sa réappropriation est une émancipation, elle ne va pas de soi, et nécessite une démarche active.

L'épistémologie, étude critique des sciences, et notamment sa branche féministe, a remis en cause à partir des années 1970 le caractère phallogocentrique de la conception du corps. En effet, les représentations scientifiques ou les pratiques médicales relatives au corps féminin ont longtemps été étudiées par les hommes avec une perception androcentrique, tout comme l'a été l'Art. (Andrieu, 2007)

Le corps des femmes, qu'elles utilisent à partir des années 70 comme outil de revendication politique et sociale dans les manifestations, mais également dans le domaine de l'Art, trouble ainsi le schéma jusqu'alors établi.

4.2 Une domination historique du corps des femmes par les hommes et le Pouvoir

Si François Poullain de la Barre, philosophe du XVII^{ème} siècle, insiste sur la notion d'égalité des sexes et condamne les préjugés en affirmant que *l'esprit n'a point de sexe*, il n'en reste pas moins l'un des seuls. Selon sa philosophie, l'esprit est le même pour tou.te.s, peu importe le corps sexué. (Fraise, 1992)

Les normes inscrites historiquement et culturellement dans notre société concernant le corps des femmes dans ses dimensions reproductive ou sexuelle impactent encore notre façon de l'appréhender. Les différents pouvoirs, l'Etat, l'Eglise ou encore le pouvoir médical ont ancestralement cherché à dominer le corps des femmes, domination allègrement remise en cause dans les années 70 par les féministes de la deuxième vague.

Christine Bard, historienne, explique ainsi que jusqu'au XX^{ème} siècle, *le sexe féminin est défini par son aptitude à la maternité et la femme est dominée par sa matrice*, matrice qui, au travers des menstruations, entraîne l'état hystérique des femmes, justifiant la mise à l'écart de celles-ci des rôles publics. (Bard, 2013)

Juridiquement, le corps des femmes a été à disposition des hommes jusqu'au siècle dernier. Jusqu'en 1938, la femme était considérée, au sens juridique du terme, comme une personne incapable et était placée sous la tutelle de son mari ou de son père. Et à l'instar des droits matériels acquis à la fin du XX^{ème} siècle (comme l'abolition de la notion de « Chef de famille » en 1965, avec la possibilité pour les femmes d'avoir un compte bancaire sans l'autorisation de leur mari ou tuteur par exemple), les droits concernant les violences à l'encontre des femmes et leur reconnaissance ont été encore plus tardifs.

En effet, si les violences conjugales ont été inscrites dans la loi à la fin du XIX^{ème} siècle, leur pénalisation demeurait rare, au nom de l'ordre matrimonial. La réelle répression et la prévention des violences conjugales est très récente (2006). Par ailleurs, le viol a été qualifié de crime par la loi en 1980, et le viol conjugal n'a été pénalisé qu'en 1990. (Couturier, 2011)

Concernant le pouvoir médical, il a longtemps eu la mainmise sur le corps des femmes dans le but de contrôler leur capacité reproductrice. Ainsi, la médecine a été au service de la régulation des naissances, que ce soit dans un but nataliste ou au contraire malthusien, via le contrôle du corps féminin.

L'appropriation collective du corps des femmes, définie par le concept de « sexage » (Guillaumin, 1978) a été permise en médecine d'une part par l'appropriation progressive de leur capacité d'enfanter et par le contrôle du processus d'accouchement par le corps médical, mais aussi historiquement par les fondements barbares et racistes de l'étude de la gynécologie (Chamayou, 2014).

Par ailleurs, il existe un paradoxe important entre la pathologisation du corps des femmes, notamment vis-à-vis de leur cycle et de leur santé génésique en général et la non prise en considération de leur douleur, considérée comme « normale » et physiologique. Ce paradoxe, permis par la médicalisation, illustre le contrôle exercé à l'encontre du corps des femmes et sa portée.

Enfin, selon l'anthropologue Françoise Héritier, le fondement de la domination masculine serait expliqué par la nécessité de contrôler la capacité des femmes à enfanter, et donc leur corps, afin de garder le pouvoir dans la société. (Héritier, 2002)

4.3 Le corps des femmes, outil d'émancipation ?

Le contrôle de la « nature » et la maîtrise de la reproduction à partir des années 60 a permis aux femmes de se réapproprier l'outil de leur propre domination.

La « sexualisation », définie par la philosophe féministe Geneviève Fraisse, permet de rendre compte de la façon dont les femmes écrivent l'histoire, que ce soit sur un plan culturel (dans les arts) ou démocratique (en tant que citoyennes). La philosophe milite pour l'émancipation des femmes, qui est possible entre autres par la construction d'une nouvelle image du corps féminin et de sa nudité.

La nudité féminine, si elle est encore en partie résultante de la domination masculine et objectivée dans une dimension phallogcentrique hétéronormée, est aujourd'hui également l'objet politique permettant de porter la voix de l'émancipation des femmes.

Mais le paradoxe de ce corps, sans cesse mis à nu, tient dans la réflexion suivante : desservant la cause des femmes par l'objectivation dont il est le sujet, il est pourtant un outil puissant portant l'expression du féminisme.

4.4 Maitrise du corps et respect de soi

Aujourd'hui, le respect du corps est une norme, juridique, mais également sociale. Le « toucher » devient intrusif et frôle l'interdit, dans le monde social comme dans le soin.

Le philosophe Bernard Andrieu explique ainsi que l'intégrité corporelle est aujourd'hui une exigence interpersonnelle, qui relègue le toucher à une déviance à cette norme. Le toucher, quel qu'il soit, sans consentement préalable, porte atteinte à l'intégrité corporelle et psychique de l'individu et peut alors en devenir violent.

Cet interdit du toucher, très marqué depuis les années 1980-1990, est l'une des manifestations du respect de l'enveloppe corporelle, qui est devenu une norme chez l'individu contemporain. (Le Dû, 2017)

La crise identitaire actuelle, symptôme majeur de notre société moderne, serait majorée par ce manque de respect de l'intégrité corporelle : *faute d'une estime de soi suffisante, susceptible de résister au jugement d'autrui, le moi contemporain perdrait ses composants identitaires par la mainmise sur son corps.* (Andrieu, 2003)

Or, prendre soin d'autrui nécessite une approche tactile : *ce qui est livré, à travers le corps objectif, correspond à la chair intime.* (Andrieu, 2003)

La question se pose alors de la nuance entre le tactile et l'intrusif.

Conclusion

Les polémiques et controverses autour du sujet des « violences obstétricales et gynécologiques », apparues et diffusées tout au long de l'écriture de ce mémoire, sont le témoin d'un bouleversement social très actuel au sein de notre société contemporaine.

Revenir sur l'histoire de l'émergence de cette polémique, de l'apparition de la notion de « violence obstétricale » en Amérique latine à sa diffusion en France permet de mettre en exergue les différents mécanismes intriqués dans la construction de ce nouveau phénomène social.

Le moment et la manière dont un sujet épineux passe du statut de controverse au statut de problématique sociale à part entière est aussi important à prendre en compte que le sujet en lui-même.

Ainsi, ce travail de recherche m'a donné lieu de comprendre certains des enjeux présents autour du sujet des « violences obstétricales », me permettant de développer un avis plus éclairé et objectif sur cette question devenue centrale dans la profession de sage-femme.

En effet, d'une part, le contexte social et culturel dans lequel s'inscrit l'émergence de la polémique des « violences obstétricales » en France est primordial à intégrer.

Les luttes féministes actuelles de portée internationale, engagées activement contre le sexisme banalisé et remettant en cause les rapports de pouvoir qui perpétuent des normes patriarcales en sont partie prenante. Aujourd'hui, l'imaginaire social doit, et est en train de changer. (Fraisie, 2017).

Serions-nous aux prémices d'une nouvelle vague féministe, prenant corps contre toutes les formes de contrôle, de discriminations, et contre les rapports de pouvoir véhiculant des normes patriarcales non pas définies par essence, mais historiquement et socialement construites ? (Bidet-Mordrel, 2010).

Par ailleurs, Michel Foucault expliquait que *le contrôle de la société sur les individus ne s'effectue pas seulement par la conscience ou par l'idéologie, mais aussi dans le corps et avec le corps*. (Artières, 2001).

Cette polémique marque ainsi une volonté d'émancipation face au contrôle social permis par le contrôle du corps, notamment en santé génésique. Ce rejet s'inscrit par ailleurs dans un contexte libertaire de remise en cause du contrôle du corps de l'individu dans la société en général.

Par ailleurs, si l'intégrité corporelle et le respect du corps ont une place prépondérante et défendue dans notre société, on assiste paradoxalement aujourd'hui à une « *publicisation de l'intime* » (Sage Pranchère, 2017). Toucher le corps, considéré comme une intrusion physique sur autrui est devenu une déviance, mais parler du corps, le montrer et le défendre est maintenant la norme.

En outre, l'industrialisation de la naissance, définissant la femme enceinte comme *un cas à assigner dans une population à risque* (Montazeau, 2010) a défini le prisme au travers duquel la profession de sage-femme est enseignée aujourd'hui.

Et bien que la promotion de la bienveillance soit chose primordiale de la formation, il n'en résulte pas moins qu'une banalisation inconsciente des actes intrusifs, sous couvert d'une protection médicale, justifiée ou non.

De plus, la « maternité choisie » dont les femmes bénéficient aujourd'hui impose des exigences importantes concernant le vécu de la grossesse et de l'accouchement, qui va en opposition avec cette industrialisation de la naissance.

Les controverses autour des « violences obstétricales et gynécologiques » sont ainsi bien plus profondes qu'une simple opposition « soignants maltraitants »/ « patientes victimes », qu'il convient de tempérer.

D'autre part, au-delà du moment opportun au cours duquel les controverses autour des « violences obstétricales » se sont ancrées dans le domaine public, la façon elles se sont diffusées est aussi partie prenante de leur succès. En effet, les médias, mais également et surtout les réseaux sociaux ont activement permis l'expansion de ce sujet dans l'hexagone, jusqu'à le hisser au statut de problématique sociale à part entière.

Ainsi, l'étude de cette problématique sociale au travers d'un prisme socio-historique permet de saisir la portée et l'importance de ce qui est aujourd'hui devenu un sujet de société à part entière.

Enfin, en conclusion, l'ouverture sur une notion, le « *care* », défendue constamment sans pour autant être mentionnée dans les polémiques ni dans ce mémoire, apparaît importante à mes yeux.

Qu'est-ce que le « *care* » ?

Le « *care* », anglicisme définissant la disposition et la capacité à prendre soin d'autrui, est un véritable sujet d'éthique contemporaine.

La notion de « *care* » est aux confins des relations interpersonnelles et sociales, philosophie de la sollicitude garante de l'harmonie de la société. L'éthique du *care* n'a cependant pas *pour vocation d'instituer un nouvel altruisme. Elle prône le souci d'autrui comme un universalisme.* (Raymond, 2010).

Néanmoins, si le « *care* » est *indispensable à la vie*, c'est une *éthique des dominés*¹ non reconnue, qu'il convient de dégager de l'emprise de genre et du soin, entre autres. (Puill, 2016)

Ainsi, entendre puis écouter la parole des femmes serait peut-être la voie permettant de prendre conscience de l'importance de l'éthique du « *care* » dans la société et de la valoriser. Parce que promouvoir l'éthique du « *care* », valorise, en filigrane, les femmes et les professionnel.le.s de santé.

¹ Dorlin Elsa, "Dark Care : de la servitude à la sollicitude" In Paperman Patricia(dir), Laugier Sandra (dir) " Le soucis des autres, éthique et politique du care " Editions de l'EHESS" 2011.

Bibliographie

Ouvrages

- Andrieu, B.** (2007). Le corps humain. Une anthropologie bioculturelle. In *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé* (p. 87-106). De Boeck Supérieur.
- Arendt, H.** (2006). *Eichmann in Jerusalem*. Penguin Adult.
- Bard, C.** (2013). *Histoire des femmes dans la France des XIXe et XXe siècles*. Ellipses.
- Beauvoir, S. de.** (1968). *Le deuxième sexe*. Gallimard.
- Becker, Howard S.** (1985). *Outsiders: Etudes de sociologie de la déviance*. Paris: Editions Métailié.
- Braithwaite, J. (Ed.) et al.** (2018). *Health Systems Improvement Across the Globe*. London: CRC Press.
- Brune, É.** (2012). *Révolution du plaisir féminin (La): Sexualité et orgasme*. Odile Jacob.
- Carricaburu, D., Ménoret, M.** (2004). *Sociologie de la santé: Institutions, professions et maladies*. Paris: Armand Colin.
- Cesbron, P., & Knibiehler, Y.** (2004). *La Naissance en Occident*. Albin Michel.
- Chamayou, G.** (2014). L'expérimentation coloniale. Dans *Les corps vils* (pp. 341-384). Paris: La Découverte.
- Charrier, P., Clavandier, G.** (2013). *Sociologie de la naissance*. Paris: Armand Colin.
- Chimères, L.** (1975). *Maternité esclave: les chimères*. Union général d'éditions.
- Danvers, F.** (2012). *S'orienter dans la vie: la sérendipité au travail?: Dictionnaire de sciences humaines et sociales - Tome 2, de la 501e à la 600e Considération*. Presses Univ. Septentrion.
- Dechalotte, M.** (2017). *Le livre noir de la gynécologie*. edi8.
- Descarries, F.** (2002). « La maternité au cœur de débats féministes ». Dans Francine Descarries et Christine Corbeil (éds), *Espaces et temps de la maternité* (pp. 23-50). Montréal : Les éditions Remue-Ménage.
- Dorlin, E.** (2009) *Sexe, race, classe: pour une épistémologie de la domination*. Presses universitaires de France.
- Elias, N.** (1973) *La Civilisation des mœurs*. Calmann-Lévy.
- Foucault, M.** (1963) *Naissance de la clinique*. Presses universitaires de France
- Fraisse, G.** (2016). *La sexuation du monde: Réflexions sur l'émancipation*. Paris: Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.).
- Froidevaux-Metterie, C.** (2015) *La révolution au féminin*. Gallimard.
- Gélis, J.** (1984). *L'arbre et le fruit: la naissance dans l'Occident moderne, XVIe-XIXe siècle*. Fayard.
- Gilioli, C.** (2015). *Réflexion éthique et pratiques soignantes: points de repère*. Lamarre.
- Gonçalves Martin, J.** (2016) *Reproductive health care and indigenous peoples in Venezuela*. In Gideon, J. *Handbook on gender and health*. Edward Elgar.

- Grigg-Spall, H.** (2013). *Sweetening the Pill: or How We Got Hooked on Hormonal Birth Control*. John Hunt Publishing.
- Hargot, T.** (2016). *Une jeunesse sexuellement libérée (ou presque)*. Albin Michel.
- Harway, M.** (1999). *What Causes Men's Violence Against Women?* SAGE.
- Héritier, F.** (2002). *Masculin Féminin II: Dissoudre la hiérarchie*. Odile Jacob.
- Izard.** (2004). *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. PUF.
- Knibiehler, Y., Marand-Fouquet, C.** (1983). *La femme et les médecins*. Hachette.
- Knibiehler, Y.** (2000) *Histoire des mères et de la maternité en occident*. Presses universitaires de France.
- Laude, A. & Tabuteau, D.** (2016). *Les droits des malades*. Paris cedex 14, France: PUF.
- Leboyer, F.** (1990). *Pour une naissance sans violence*. Seuil.
- Le Breton, D.** (2013). *Anthropologie du corps et de la modernité*. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.lebre.2011.01.
- Linares, J.** (2008). Chapitre 5. La maltraitance institutionnelle. Dans J. Linares, *Des abus et autres maltraitements: La maltraitance familiale, entre thérapie et contrôle* (pp. 71-95). Belgique: De Boeck Supérieur.
- Marcuse, H.** (2016). *Eros et Civilisation: Contribution à Freud*. République des Lettres.
- Milgram, S.** (1974). *Soumission à l'autorité: un point de vue expérimental*. Calmann-Lévy.
- Négré, L., & Cascales, B.** (2016). *L'accouchement est politique: fécondité, femmes en travail et institutions*. Editions L'Instant Présent.
- Paugam, S.** (2010). Les 100 mots de la Sociologie. *Que sais-je?*, (3870), 44-102.
- Simonetti, I.** (2016). *Violence (et genre)*. In *Encyclopédie critique du genre* (p. 681-690). La Découverte.
- This, B.** (2014). *Le Père: acte de naissance*. Le Seuil.
- Winckler, M.** (2011). *Le Chœur des femmes*. POL Editeur.
- Winckler, M.** (2016). *Les Brutes en blanc: La maltraitance médicale en France*. Flammarion.

Articles

- (2010). Termes clés de la sociologie de Norbert Elias. *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 106,(2), 29-36. doi:10.3917/vin.106.0029.
- Andrieu, B.** (2003). Faut-il respecter le corps humain ? *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, (11).
- Artières, P. & Da Silva, E.** (2001). Introduction. Dans *Michel Foucault et la médecine: Lectures et usages* (pp. 11-26). Paris: Editions Kimé. doi:10.3917/kime.artie.2001.01.0011.
- Bemben L.** La violence institutionnelle. (s. d.). Consulté à l'adresse https://www.myhandicap.ch/files/user_upload/repere-ethique-violence-institutionnelle.pdf
- Benelli, N.** (2010). Elsa Dorlin : Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination. *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 29,(3), 110-113. doi:10.3917/nqf.293.0110.

- Bidet-Mordrel, A.** (2010). Les rapports sociaux de sexe. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.colle.2010.01.
- Bozon, M.** (2005). L'évolution des scénarios de la vie reproductive des femmes au Brésil. Médicalisation, genre et inégalités sociales, The evolution of patterns of women's reproductive life in Brazil. Medicalization, gender and social inequalities. *Revue Tiers Monde*, (182), 359-384. <https://doi.org/10.3917/rtm.182.0359>
- Broder, A.** (2012). Argentine: inflation, dette et crise Le modèle inversé. *Outre-Terre*, (31), 35-50.
- Caron-Leulliez, M.** (2008). L'accouchement sans douleur: une révolution culturelle au milieu du xxe siècle. *Spirale*, (47), 21-26. <https://doi.org/10.3917/spi.047.0021>
- Cascales, B., & Négrié, L.** (2018). L'accouchement, une question clivante pour les mouvements féministes? *Travail, genre et sociétés*, (39), 179-185. <https://doi.org/10.3917/tgs.039.0179>
- Cesarani, D.** (2007). *Becoming Eichmann: Rethinking the Life, Crimes, and Trial of a "Desk Murderer"* ». Da Capo Press.
- Cherniak, D.** (2008) Explaining obstetric interventionism: technical skills, common conceptualisations, or collective countertransference? », *Women's Studies International Forum*.
- Cohen Shabot, S.** (2015) Making Loud Bodies "Feminine": A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies, A Journal for Philosophy and Social Sciences*.
- Couturier, M.** (2011). Les évolutions du droit français face aux violences conjugales, Abstract. *Dialogue*,
- Corbet, E.** (2000) Les concepts de violence et de maltraitance, *Actualité et dossier en santé publique*.
- Corbet, E., Tomkiewicz, S. et al.** (1992) Violences en institutions : repères. *Lyon CREA Rhône-Alpes*. (191), 67-78. <https://doi.org/10.3917/dia.191.0067>
- Crenshaw, K.** (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- Debauche, A., Hamel, C., & Kac-Vergne, M.** (2013). La violence comme contrôle social des femmes. *Nouvelles Questions Féministes*, 32(1), 96-111. <https://doi.org/10.3917/nqf.321.0096>
- Denis, A., & Callahan, S.** (2009). État de stress post-traumatique et accouchement classique: revue de littérature. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 19(4), 116-119.
- Durkheim, E.** (1982). What is a Social Fact? In *The Rules of Sociological Method* (p. 50-59). Palgrave, London. https://doi.org/10.1007/978-1-349-16939-9_2
- Descarries, F., & Corbeil, C.** (1994). Entre discours et pratiques: l'évolution de la pensée féministe sur la maternité depuis 1960. *Nouvelles questions féministes*, 69-93.
- Dorlin, E.** (2002). Autopsie du sexe. *Les temps modernes*, (3), 115-143.
- Favier, C.** (2014). Les combats féministes dans le champ de la santé. *Les Tribunes de la santé*, 44,(3), 25-34. doi:10.3917/seve.044.0025.
- Faya Robles, A.** (2011). *De la maternité en milieu populaire à Recife: enjeux et arrangements entre dispositifs de régulation et expérience sociale* (Doctoral dissertation, Toulouse 2).
- Felitti, K.** (2014). L'avortement en Argentine : politique, religion et droits humains, Abortion in Argentina : politics, religion and human rights. *Autrepart*, (70), 73-90. <https://doi.org/10.3917/autr.070.0073>
- Foucault, M.** (2015). *About the Beginning of the Hermeneutics of the Self: Lectures at Dartmouth College, 1980*. University of Chicago Press.

- Fournier, J.-M.** (2010). *L'autre Venezuela de Hugo Chavez: boom pétrolier et révolution bolivarienne à Maracaibo*. KARTHALA Editions.
- Fraisse, G.** (1992). Poullain de la Barre ou le procès des préjugés. Dans G. Fraisse, *La raison des femmes* (pp. 27-47). Paris: Plon (programme ReLIRE).
- Fussinger, C., Rey, S. & Vuille, M.** (2006). S'approprier son corps et sa santé. Entretien avec Rina Nissim. *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 25,(2), 98-116. doi:10.3917/nqf.252.0098.
- Geadah, R. R.** (2012). Regards sur l'évolution des soins. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 16-32.
- Guichard-Claudic, Y.** (2006). L'inversion du genre ou les logiques complexes de l'avancée en mixité. *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 25,(2), 134-138. doi:10.3917/nqf.252.0134.
- Guillaumin, C.** (1978). Pratique du pouvoir et idée de Nature (1) L'appropriation des femmes. *Questions féministes*, 5-30.
- Hanmer, J.** (1977). Violence et contrôle social des femmes. *Questions féministes*, (1), 68-88.
- Knibiehler, Y.** (2007). Féminisme et maternité. *La revue lacanienne*, (2), 11-17.
- Krug, E. G., & Weltgesundheitsorganisation (Éd.).** (2002). *World report on violence and health*. Geneva.
- Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L., Beauchemin-Roy, S., & Rousseau, C.** (2016). Détresse, souffrance ou violence obstétricale lors de l'accouchement: perspectives des intervenantes communautaires membres du Regroupement Naissance-Renaissance.
- Martin, H.** (2013). Hélène Rouch : Les corps, ces objets encombrants. Contribution à la critique féministe des sciences. *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 32,(1), 139-142. doi:10.3917/nqf.321.0139.
- Mathieu, N.-C.** (1973). Homme-culture et femme-nature? *L'Homme*, 13(3), 101-113. <https://doi.org/10.3406/hom.1973.367364>
- Montazeau, O.** (2010). L'industrialisation de la naissance. *Spirale*, (2), 91-111.
- Morel, M.-F.** (2018). Naître à la maison d'hier à aujourd'hui. *Travail, genre et sociétés*, (39), 193-199. <https://doi.org/10.3917/tgs.039.0193>
- Pain, J.** (2000). La violence institutionnelle: aller plus loin dans la question sociale. *La Nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, (12), 143-160.
- Pérez D'Gregorio, R.** (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 111(3), 201-202. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>
- Pharo, P.** (1996). *L'injustice et le mal*. Editions L'Harmattan.
- Raymond, G.** (2010). Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité, sous la direction de Pascale Molinier, Sandra Laugier et Patricia Paperman. *Sociétés et jeunesses en difficulté. Revue pluridisciplinaire de recherche*, (hors série).
- Rennes, J.** (2016). Les controverses politiques et leurs frontières. *Études de communication*, (2), 21-48.
- Rivard, A.** (2010). L'enfantement dans un Québec moderne: générations, mémoires, histoire.
- Rey-Salmon, C.** (2008). Le concept de maltraitance. *Journal de Radiologie*, 89(10), 1288-1289. [https://doi.org/10.1016/S0221-0363\(08\)75840-2](https://doi.org/10.1016/S0221-0363(08)75840-2)
- Ruault, L.** (2015). La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine. *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 34,(1), 35-50. doi:10.3917/nqf.341.0035.

- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016).** Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive health matters*, 24(47), 47-55.
- Sage Pranchère, N. (2016).** *Au cœur des familles: Les matrones auprès des mères en France au XIXe siècle.* Dans *Naître à la maison: D'hier à aujourd'hui* (pp. 79-102). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.morel.2016.01.0079.
- Serruya, S. J., Cecatti, J. G., & Lago, T. di G. do. (2004).** The Brazilian Ministry of Health's Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care: preliminary results. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1281-1289. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500022>
- Simonetti, I. (2016).** Violence (et genre). Dans *Encyclopédie critique du genre: Corps, sexualité, rapports sociaux* (pp. 681-690). Paris: La Découverte.
- Simpson, M., & Catling, C. (2016).** Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*, 29(3), 203-207.
- St-Amant, S. (2015).** Naît-on encore? Réflexions sur la production médicale de l'accouchement. *Recherches familiales*, (1), 9-25.
- Shiffman, J., & Smith, S. (2007).** Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *Health Policy*, 370, 10.
- Tomkiewicz, S. (1984).** Violences et négligences envers les enfants et les adolescents dans les institutions. *Child Abuse & Neglect*, 8(3), 319-335. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(84\)90073-5](https://doi.org/10.1016/0145-2134(84)90073-5)
- Tremblay, C. (2004).** La politique sociale du gouvernement Chávez: populisme ou pressions populaires?. *Chroniques des Amériques*, 4(6).
- Vacaflor, C. H. (2016).** Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 24, 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.001>
- Vanderbiest. (2014).** La recette du buzz? Une thématique, différents sujets. Le cas #payetonuterus. Consulté 10 juillet 2018, à l'adresse <http://www.reputatiolab.com/2014/12/la-recette-du-buzz-une-thematique-differents-sujets-le-cas-payetonuterus/>
- Vendittelli, F., & Gallot, D. (2008).** L'épisiotomie - Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ? [/data/revues/03682315/003500S1/12/](http://data/revues/03682315/003500S1/12/).
- Vianna, A. de R. B., Lacerda, P., & Centro Latino-Americano en Sexualidade e Direitos Humanos. (2004).** *Direitos e políticas sexuais no Brasil: o panorama atual.* Rio de Janeiro: Centro Latino-Americano en Sexualidade e Direito Humanos, Instituto de Medicina Social.
- Victora, C. G., Aquino, E. M. L., do Carmo Leal, M., Monteiro, C. A., Barros, F. C., & Szwarcwald, C. L. (2011).** Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet (London, England)*, 377(9780), 1863-1876. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4)
- Vidal, D. (2007).** *Les bonnes de Rio: emploi domestique et société démocratique au Brésil* (Vol. 1022). Presses Univ. Septentrion.
- Vidal, G. (2004).** Négation de l'autre et violence institutionnelle. *Champ psychosomatique*, no 33(1), 105-116. <https://doi.org/10.3917/cpsy.033.0105>
- Vuille, M., Rey, S., Fussinger, C., & Cresson, G. (2006).** La santé est politique. *Nouvelles Questions Féministes*, 25(2), 4-15. <https://doi.org/10.3917/nqf.252.0004>

- Vuille, M.** (2016). Le respect dans les soins gynécologiques: un enjeu de mobilisation féministe. *Chronique féministe*, (118), 5-7.
- Vuille, M.** (2016). Gynécologie. Dans *Encyclopédie critique du genre: Corps, sexualité, rapports sociaux* (pp. 283-292). Paris: La Découverte.
- Vuille, M.** (2017). L'obstétrique sous influence: émergence de l'accouchement sans douleur en France et en Suisse dans les années 1950. *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, (64-1), 116-149. <https://doi.org/10.3917/rhmc.641.0116>
- Wouters, C.** (2012). Comment les processus de civilisation se sont-ils prolongés? De la «seconde nature» à la «troisième nature».
- Zanardo, G. L. de P., Uribe, M. C., et al.** (2017). Obstetrical Violence in Brazil : A narrative review. *Psicologia & Sociedade*, 29. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>
- Zaoual, H.** (1993). Gilles Ferréol et Philippe Deubel, Méthodologie des sciences sociales. *Revue Tiers Monde*, 34(136), 950-950.
- Zielinski, A.** (2010). L'éthique du care: Une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, tome 413,(12), 631-641. <https://www-cairn-info.proxy.scd.univ-tours.fr/revue-etudes-2010-12-page-631.htm>.

Bibliographies

AFAR, CIANE. (2016) *Bibliographie Violence Obstétricale*.

Mémoires et thèses

- Audibert, N.** (2016) « *Violence obstétricale : Emergence d'un problème public en France* ». Mémoire de fin d'études de l'Institut d'études politiques de Paris.
- Cardi, C.** (2008). « *La déviance des femmes : délinquantes et mauvaises mères : entre prison, justice et travail social* » Thèse de doctorat en sociologie, Paris 7.
- Lefebvre M.** (2016) « *Les enjeux éthiques autour de l'examen du toucher vaginal et leur impact sur la femme.* » Mémoire de fin d'études de sage-femme, Paris 5.
- Le Dû, M.** (2017). « *Toucher pour soigner: le toucheur traditionnel, le médecin et l'ostéopathe: un nourrisson entre de bonnes mains.* » Thèse de doctorat en sociologie, Paris 8.
- Rivard, A.** (2010) « *L'enfantement dans un Québec moderne : Générations, Mémoire, Histoire.* ». Thèse de doctorat en histoire, Université Laval, Québec.
- St-Amand, S.** (2013) « *Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale* », Thèse de doctorat en sémiologie, Université du Québec.
- Vadeboncoeur, H.** (2005) « *La naissance au Québec au 3^{ème} millénaire : de quelle humanisation parle-t-on ?* », Thèse de doctorat en sciences humaines appliquées, Université de Montréal.

Cours, recommandations et manuels de formation

- Cardi, C.** (2015) « *Sociologie des normes et de la déviance : les apports d'Howard Becker* ».
- Hamza, Nabila.** (2006) « *Les violences basées sur le genre, manuel de formation* ».
- CNGOF.** (s. d.) *Recommandations pour la pratique médicale.*

Conférences et colloques

- Cesbron, P** (2016) « La violence historique dans la naissance » In Colloque « Je suis la Sage-Femme ». (2016) « *Violence et sage-femme* », Paris
- Phan, E.** « *Maltraitance obstétricale : mythe, exagération ou fatalité ?* » Intervention pour le Réseau périnatal Centre Val de Loire, 2016.
- Puill, C.** (2017) Conférence « Femmes, sorcières et soins aux autres : perspective féministe et socio-historique », Tours.
- Bousquet, D., HCE** (2018) « *Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme* », présentation du rapport du Haut Conseil à l'Egalité, Paris.
- Colloque « Je suis la Sage-Femme ».** (2016), « *Violence et Sage-Femme* », Paris.
- Colloque « Je suis la Sage-Femme ».** (2017), « *La Sage-Femme et le corps* », Paris.

Enquêtes

- Boufferet, P., CIANE** (s. d.). Enquête Accouchement. Disponible sur <https://ciane.net/publications/enquete-accouchement/>
- Campagnon, C., Ghadi, V.** (2009) « *Haute Autorité de Santé - Un état des lieux fondé sur des témoignages d'usagers et de professionnels: la maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé.* » Haute autorité de santé (HAS).
- CIANE.** (2013) « *Épisiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes* ». Consulté à l'adresse <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enqu%C3%AAte-%C3%A9pisiotomie-Ciane-2013.pdf>
- Conférence des Doyens de Facultés de Médecine.** (2015) Rapport sur la formation clinique des étudiants en médecine remis à Madame Marisol Touraine Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Consulté à l'adresse http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/271015_-_rapport_-_formation_clinique_etudiants_medecine.pdf
- Debout, M.** (2003). Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées. Rapport de la Commission placée sous la présidence de Michel Debout. Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Secrétariat d'Etat aux personnes âgées, Direction générale de l'action sociale. Rennes, France: Éditions ENSP.

- FNESI.** (2017). « Je veux que ma voix compte », dossier de presse. Consulté à l'adresse <http://fnesi.org/wp-content/uploads/2017/02/DP-Je-veux-que-ma-voix-compte.pdf>
- HCE.** (2018) « Les actes sexistes dans le suivi gynécologique, Rapport. »
- INSERM, DRESS.** (2011) « *Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003* ». Consulté à l'adresse http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
- INSERM, DRESS.** (2017) « *Enquête nationale périnatale, rapport 2016* ». Consulté à l'adresse http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
- ISNI.** (2017). « Enquête Santé Mentale Jeunes Médecins » Consulté à l'adresse <http://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/07/EnqueteSanteMentale.pdf>
- ISNI.** (2017). « Enquête Sexisme », dossier de presse. Consulté à l'adresse <http://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/11/ISNI-dossier-de-presse-enquete-sexisme.pdf>
- Juilhard J-M, Blanc P.** (2003) Rapport de commission d'Enquête n°339 « Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence (tome 1, rapport) ». Consulté à l'adresse <https://www.senat.fr/rap/r02-339-1/r02-339-117.html>
- Lebreton-Lerouvillois G.** (2016) «La santé des étudiants et jeunes médecins» Consulté à l'adresse https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sante_et_jeunes_medecins.pdf
- United Nations, General Assembly.** (2006) « In-depth study on all forms of violence against women Report of the Secretary-General »

Presse et blogs

- (2015, février 4) « Touchers vaginaux sur patientes endormies: « viol » ou pratique pédagogique? ». **L'Express.** Consulté à l'adresse https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/touchers-vaginaux-sur-patientes-endormies-viol-ou-pratique-pedagogique_1648212.html
- Alonso I.** (2014). « Le « point du mari ». Consulté à l'adresse <http://www.isabelle-alonso.com/le-point-du-mari/>
- Béguin F.** (2014, novembre 26) « #PayeTonUtérus, contre les gynécologues irrespectueux. » **Le Monde.** Consulté à l'adresse https://www.lemonde.fr/societe/article/2014/11/26/payetonuterus-contre-les-gynecologues-irrespectueux_4529587_3224.html
- Coulaud A.** (2017, décembre 6) « Violences obstétricales: «Les gynécologues n'écoutent pas les femmes» ». **Libération.** Consulté à l'adresse http://www.liberation.fr/france/2017/12/06/violences-obstetricales-les-gynecologues-n-ecoutent-pas-les-femmes_1614530
- Duguet M.**(2014, novembre 20). « #PayeTonUterus: les dessous d'un buzz ». **Europe 1.** Consulté à l'adresse <http://www.europe1.fr/societe/payetonuterus-les-dessous-d-un-buzz-2295243>
- Fechner B.** (2014, novembre 19) « #PayeTonUtérus: quand les femmes se lâchent contre leur gynéco ». **L'Express.** Consulté à l'adresse https://www.lexpress.fr/actualite/societe/payetonuterus-quand-les-femmes-se-lachent-contre-leur-gyneco_1623785.html
- Hache C.** (2014 mars 26) « Le douloureux « point du mari » pour un « vagin de jeune fille » **L'Express.** après l'accouchement » Consulté à l'adresse https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/le-douloureux-point-du-mari-pour-un-vagin-de-jeune-fille-apres-l-accouchement_1503176.html

- Jeanblanc A.** (2015, février 6) « Le toucher vaginal au bloc sans consentement préalable est un viol » **Lepoint**. Consulté à l'adresse http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/le-toucher-vaginal-au-bloc-sans-consentement-prealable-est-un-viol-06-02-2015-1902753_57.php
- Jeantet, D.** (2014, avril 18). Derrière le «point du mari», le traumatisme de l'épisiotomie. **Le Monde**. Consulté à l'adresse https://www.lemonde.fr/sante/article/2014/04/18/derriere-le-point-du-mari-le-traumatisme-de-l-episiotomie_4403470_1651302.html
- Lahaye, M.-H.** (2013 octobre 30) « Toucher vaginal, la mainmise sur le sexe des femmes. » **Le Monde**. Consulté à l'adresse <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2013/10/30/toucher-vaginal-la-mainmise-sur-le-sexe-des-femmes/>
- Lebreton M.** (2014, novembre 19) « Contraception, pilule du lendemain... avec #PayeTonUterus, les femmes racontent sur Twitter leurs galères avec le corps médical. » **Huffington Post**. Consulté à l'adresse https://www.huffingtonpost.fr/2014/11/19/contraception-pilule-lendemain-payetonuterus-twitter_n_6184764.html
- Lebreton M.** (2018, janvier 01) « #MeToo: comment poursuivre « l'effet Weinstein » en 2018, après la libération de la parole des femmes? ». **Huffington Post**. Consulté à l'adresse https://www.huffingtonpost.fr/2018/01/03/metoo-comment-poursuivre-leffet-weinstein-en-2018-apres-la-liberation-de-la-parole-des-femmes_a_23312705/
- Le Quotidien du Médecin.** (2014 juillet 7) « Le toucher vaginal remis en cause dans le suivi gynécologique de routine. » Consulté à l'adresse https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2014/07/07/le-toucher-vaginal-remis-en-cause-dans-le-suivi-gynecologique-de-routine_688546
- Pascual J.** (2015 septembre 2) « La péridurale, une pratique trop systématique ? ». **Le Monde**. Consulté à l'adresse https://www.lemonde.fr/sante/article/2015/09/02/la-peridurale-une-pratique-un-peu-trop-systematique_4743037_1651302.html
- Poulin-Chartrand S.** (2014, avril 23) « Un doctorat sur les violences obstétricales. » **Planète F**. Consulté à l'adresse <https://www.planetef.com/dossier/abus-dans-la-salle-daccouchement/doctorat-violences-obstetricales/>
- Rimbaud A.** (2015, octobre 19) « Quand les femmes ont peur de leur gynécologue. » **Le Figaro**. Consulté à l'adresse <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2015/10/19/24230-quand-femmes-ont-peur-leur-gynecologue>
- Schiappa M.** (2017, décembre 29) BLOG – « Violences sexistes et sexuelles: 2017 a marqué une rupture irréversible, 2018 sera l'année de l'action. » **Huffington Post**. Consulté à l'adresse https://www.huffingtonpost.fr/marlene-schiappa-bruguiere/violences-sexistes-et-sexuelles-2017-a-marque-une-rupture-irreversible-2018-sera-l-annee-de-l-action_a_23319584/
- Zaparty J.** (2014, mai 6) « Faut-il en découdre avec le «point du mari»? ». **Libération**. Consulté à l'adresse http://next.liberation.fr/sexe/2014/05/06/faut-il-en-decoudre-avec-le-point-du-mari_1011897

Articles de Lois

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; Journal officiel, 2002-03-05, n° 54, pp. 4118-4159

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, *LEY orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Instituto Nacional de la Mujer. Decret 38668 du 23 /4/2007. Consulté à l'adresse <http://www.derechos.org.ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999.

Cour de Cassation, *Chambre civile du 4 août 1942*, Publié au bulletin officiel. Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000006953299>

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso. *LEY 26.485. Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales*. Consulté à l'adresse https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf

Gobierno del Estado de Chiapas. *LEY de acceso a una vida libre de violencia para las mujeres en el estado de Chiapas*

Governo do Estado de Santa Catarina. *LEI n° 17.097, de 17 de Janeiro de 2017*. Consulté à l'adresse http://leis.ale.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html

Ministère délégué à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées. Bulletin Officiel n°2001-31, *CIRCULAIRE n° 2001-306 du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et maltraitances notamment sexuelles dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables*. Consulté à l'adresse <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-31/a0312005.htm>

Presidencia de la nation argentina, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. *LEY 25.929 de parto respetado*. Consulté à l'adresse http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/824_rol_psico_rha/material/descargas/unidad_1/12_ley_25929.pdf

Secrétariat d'Etat aux personnes âgées, Direction générale de l'action sociale. Bulletin Officiel n°2002-21. *CIRCULAIRE DGAS/SD2 n° 2002-280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, et notamment les personnes âgées*. Consulté à l'adresse <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-21/a0212074.htm>

Manifestes, communiqués et tribunes

CNGOF (2017) « Violences obstétricales : l'Ordre des médecins regrette les propos de la Secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée de l'Egalité entre les femmes et les hommes » Communiqués du CNGOF. Consulté à l'adresse <http://www.cngof.fr/patientes/presse/474-communiques-du-cngof>

CNOSF (2017) « Rapport sur les violences obstétricales: une nécessité ». Consulté à l'adresse <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/rapport-sur-les-violences-obstetricales-une-necessite/>

- FNCGM** (2017) « Communiqué de presse : Non aux attaques envers la profession ». Consulté à l'adresse http://www.fncgm.com/images/communiqu%C3%A9_presse_OK_non_aux_attaques_FNCGM_V4.pdf
- Salmona M.** (2017). « Manifeste contre l'impunité des crimes sexuels ». Consulté à l'adresse <http://manifestecontreimpunite.blogspot.com/>
- Merad, Y.** (2018). « Il est urgent d'agir pour le bien être des étudiants en médecine ». Consulté à l'adresse <https://www.anemf.org/blog/2018/03/19/il-est-urgent-dagir-pour-le-bien-etre-des-etudiants-en-medecine>
- Touraine M-S.** (2015). « Touchers vaginaux et rectaux sans consentement sur patientes endormies, communiqué de presse ». Consulté à l'adresse http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/271015_-_cp_-_rapport_formation_clinique.pdf

Sites internet

- CIANE.** Consulté à l'adresse <https://ciane.net/>
- GHO.** Births by caesarean section - Data by country. (s. d.). Consulté à l'adresse <http://apps.who.int/gho/data/node.main.BIRTHSBYCAESAREAN?lang=en>
- InaMujer.** Consulté à l'adresse <http://www.inamujer.gob.ve/inaweb/>

Audiovisuel

- France Culture.** (2015) Collection Témoignages: Maltraitance gynécologique. Consulté à l'adresse <https://www.franceculture.fr/emissions/sur-les-docks/collection-temoignages-maltraitance-gynecologique>
- France Culture.** (2017) Les pieds sur Terre : Accoucher dans la violence. Consulté à l'adresse <https://www.franceculture.fr/emissions/les-pieds-sur-terre/accoucher-dans-la-violence-12>
- France Inter.** (2018) Le téléphone sonne : Les violences gynécologiques. Consulté à l'adresse <https://www.franceinter.fr/emissions/le-telephone-sonne/le-telephone-sonne-04-juillet-2018>
- Public Sénat.** (2017) Épisiotomie : retour sur l'audition polémique de M. Schiappa. Consulté à l'adresse <https://www.publicsenat.fr/article/politique/episiotomie-retour-sur-l-audition-polemique-de-m-schiappa-76425>
- Raymonde Séchet.** (2014) Faire Corps – Séance d'ouverture. Université de Rennes 2, Journée internationale de la Recherche. Consulté à l'adresse <https://www.lairedu.fr/media/video/conference/faire-corps-seance-douverture/>
- Institut National de l'Audiovisuel** (s. d.). Manifestation MLF à l'occasion de la fête des mères. Consulté à l'adresse <http://www.ina.fr/audio/P14356816>
- France 3** (2017) Les femmes victimes de maltraitance gynécologique. Consulté à l'adresse https://www.francetvinfo.fr/sante/medicament/les-femmes-victimes-de-maltraitance-gynecologique_2428887.html

Annexes

Annexe I

Articles de presse nationale généraliste ayant pour sujet les « violences obstétricales », les « violences gynécologiques » ou les « maltraitements gynécologiques » à compter de l'année 2015.

Données issues d'Europresse.

La Croix	<p>2 juillet 2018</p> <p>Un « sexisme très présent » dans le suivi gynécologique</p> <p>l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) met en lumière l'ampleur des « violences gynécologiques et obstétricales », longtemps restées taboues. « Bien évidemment, il est erroné d'affirmer que tou.te</p>
Le Monde	<p>30 juin 2018</p> <p>Violences obstétricales : le HCE appelle à une « prise de conscience »</p> <p>Violences obstétricales : le HCE appelle à une « prise de conscience »</p>
Libération	<p>29 juin 2018</p> <p>Violences gynéco: des étriers à l'épiso, un rapport douloureux</p> <p>(1). L'objectif du court-métrage : mieux faire entendre la voix des femmes victimes de violences gynécologiques et demander des explications aux représentants de la profession. Et là, on n'est pas</p>
Le Figaro	<p>29 juin 2018</p> <p>Le « sexisme » des violences gynécologiques dénoncé</p> <p>ou effectués sans recueil du consentement, déclenchements « abusifs » d'accouchements... Alors que la dénonciation des violences obstétricales et gynécologiques monte en puissance depuis environ cinq ans sur les réseaux sociaux - portée par</p>
Aujourd'hui en France	<p>29 juin 2018</p> <p>Un rapport inédit pour faire bouger les lignes</p> <p>Faites le test. Demandez à une femme son ressenti de son suivi gynécologique ou obstétrique. Chacune, ou presque, aura une situation gênante, un propos humiliant, un geste déplacé à raconter. Pour</p>
Marianne	<p>18 mai 2018</p> <p>MARLÈNE SCHIAPPA : TOUT FEU, TOUT FEMME</p> <p>une césarienne. J'ai pris conscience de l'ampleur du harcèlement de rue et des violences obstétricales, en écoutant les femmes de la vie de tous les jours dans des permanences locales</p>
Le Point	<p>17 mai 2018</p> <p>Les hommes sont-ils dépassés ?</p> <p>psychodrame qui s'est joué autour de l'écriture inclusive à la polémique sur les violences obstétricales supposées perpétrées par les gynécologues masculins en passant par le phénomène BalanceTonPorc et son retour</p>
Libération	<p>9 mars 2018</p> <p>Prière de respecter les vulves</p> <p>'assaut par le collectif féministe (et non-mixte) Insomnia pour une opération symbolique contre les violences obstétricales et gynécologiques. Des dizaines de personnes ont déposé des sculptures de vulves ensanglantées, plantées de</p>
l'Humanité	<p>13 février 2018</p> <p>« On impose aux femmes un accouchement "fordiste", au détriment de l'accompagnement »</p> <p>Juriste et militante féministe belge, Marie-Hélène Lahaye se bat depuis plusieurs années contre les violences obstétricales. Alors qu'un rapport a été commandé sur le sujet au Haut Conseil à l</p>

	5 février 2018	
Le Monde	Marlène Schiappa : « On ne m'a jamais dit : "Ce ne sera pas possible" » lecteurs pour le premier. Douze millions sur le deuxième. Sans parler des questions relatives aux violences obstétricales . Treize millions de femmes ont tapé ce sujet sur Yahoo! alors qu'il échappait aux	
	1 février 2018	
Le Monde	« Le respect des patientes, c'est la base de notre travail » jour de ma vie. » Bien sûr, elles ont entendu parler de la polémique sur les violences obstétricales , qui a vu des femmes dénoncer des pratiques trop systématiques, notamment l'épisiotomie (incision du	
	1 février 2018	
Le Monde	Episiotomie : de grandes disparités entre maternités à l'égalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa, l'assimile à une « violence obstétricale ». Et lance le chiffre contesté de 75 % d'épisiotomies pratiquées en France. De nombreuses femmes	
	1 février 2018	
Le Point	Jusqu'où ira Marlène Schiappa ? huit mois elle a lancé tellement de chantiers différents - demande d'un rapport sur les violences obstétricales , réflexion sur une possible verbalisation du harcèlement de rue, mise en place d'une budgétisation	
	31 janvier 2018	
Libération	Au CHU de Besançon, les épisios ne sont plus lésion L'été dernier, en pleine polémique sur les violences obstétricales , elle dit avoir ressenti le besoin de «se mettre dans une bulle». A 32 ans, Amandine attendait alors son premier enfant. «J	
	18 janvier 2018	
l'Humanité	Entretien Marie-Helene Lahaye sur les violences obstétricales Entretien Marie-Helene Lahaye sur les violences obstétricales	
	7 décembre 2017	
Libération	«Les gynécologues ne nous écoutent pas» collectif de femmes de faire entendre leurs voix. La blogueuse Marie-Hélène Lahaye étant leur porte-parole, elle revient pour Libération sur la question des « violences gynécologiques et de son ampleur».	
	28 octobre 2017	
Le Monde	La pilule passe mal menstruelle, moins pathogène que les tampons, on parle d'un droit au « congé menstruel », des « violences obstétricales », du congé de paternité, on explore le plaisir féminin, le clitoris en 3D... « Bien des	
	20 octobre 2017	
l'Humanité	Féminisme nouvelle génération des témoignages, en ce moment sur le harcèlement sexuel avec #balancetonporc, mais aussi sur les violences obstétricales (#payetonutérus), celles dans le monde du travail (#payetarobe, pour les avocates) ou plus largement sur	
	13 octobre 2017	
Le Monde	Accouchement : les femmes mieux écoutées 'Etat chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa, sur les « violences obstétricales », les résultats de l'enquête nationale périnatale, publiés mercredi 11 octobre, devraient quelque peu rassurer	
	13 octobre 2017	
Marianne	La grande révolte des malades sur les réseaux sociaux une avalanche de témoignages de femmes qui se disent victimes de « violences obstétricales ». Un dévouement inédit. Une délivrance qui a contraint les obstétriciens à (mal) s'expliquer publiquement	
	10 octobre 2017	
Le Figaro	La rentrée politique de « Big Mother » s'annonce très chargée Mais la secrétaire d'État a aussi assuré que l'exécutif allait s'attaquer aux « violences obstétricales » et même faire réprimer pénalement, en plus des harcèlements moral et sexuel déjà incriminés, le	
	8 octobre 2017	
Aujourd'hui en France	« Le ventre des femmes n'est pas un ballon » Par Elsa Mari C'est l'une des violences obstétricales les plus dénoncées. Dans son « Livre noir de la gynécologie »*, paru jeudi, l'auteur Mélanie Déchalotte épingle, sur 500 pages, les nombreuses	
	6 octobre 2017	
La Croix	La parole se libère autour des « violences » obstétricales de terrain et grâce au recueil de nombreux témoignages, l'auteur décortique le phénomène des « maltraitements gynécologiques et obstétricales ». Un phénomène sur lequel, reconnaît-elle, « il n'existe aucune enquête scientifique fiable	

	4 octobre 2017	Droits des femmes Un guide pour accompagner la grossesse
Libération		à l'égalité entre les femmes et les hommes planche sur cet épincieux dossier des violences obstétricales , la Fondation des femmes a publié mardi un petit guide juridique pour éclairer les femmes
	25 septembre 2017	J'ai choisi d'accoucher seule chez moi
Le Monde		questionner. En cela, je trouve important que la parole de celles qui ont subi des violences obstétricales se libère. Je ne suis pas en train de dire qu'un type d'accouchement
	22 septembre 2017	Feminisme contre féminisme
Marianne		s'inquiéter du harcèlement de rue. M.S. : C'est la même chose avec les violences obstétricales et gynécologiques. Des femmes parlent des violences qu'elles ont subies, et certains répondent : «Non
	31 août 2017	« Je me suis fait crier dessus, traiter de grosse feignasse »
Le Monde		A l'occasion du débat sur les « violences obstétricales », Le Monde a interrogé, après un appel à témoignages sur son site, des femmes ayant mal vécu leur accouchement. « Comme un viol » Solène
	31 août 2017	La violence de l'accouchement en question
Le Monde		de l'égalité entre les femmes et les hommes a dit vouloir lutter contre les « violences obstétricales », le 20 juillet au Sénat. L'expression a déclenché une tempête. En outre, il n
	16 août 2017	Contre les violences gynécologiques, la lutte prend corps
Libération		médecine s'initiaient aux touchers vaginaux (ou rectaux) sur des patientes endormies par des anesthésies... « Violences obstétricales », « maltraitance gynécologique » : les formules inflammables sont de retour. Des naissances dans la violence ? Depuis la
	16 août 2017	Gyn&Co, à chaque genre suffit sa peine
Libération		et se réparent facilement.» Selon le collectif, cette affaire «révèle l'étendue du phénomène des violences obstétricales en France, pays où les médecins refusent encore trop largement de remettre en cause leurs
	16 août 2017	Nathalie Sage Pranchère: «Il y a une perte de contrôle de son propre corps»
Libération		genre pour une partie de la profession. N'est-il pas difficile de distinguer les violences «obstétricales» des violences «naturelles» lors d'un accouchement ? L'accouchement apparaît violent à ceux qui l
	15 août 2017	Marlène Schiappa, une féministe très pressée
Le Monde		approximations ne pardonnent pas. Quand Marlène Schiappa annonce, le 20 juillet, vouloir lutter contre les " violences obstétricales " en se trompant sur la proportion d'épisiotomies en France, elle ulcère les gynécologues. Le
	27 juillet 2017	Mieux évaluer les violences pendant l'accouchement
l'Humanité		les femmes Marlène Schiappa s'en est émue et vient de commander un rapport sur les « violences obstétricales ». Une première dans un pays où aucun chiffre n'existe sur la question.
	26 juillet 2017	Episiotomie : derrière la polémique, une vraie violence
Libération		a déclaré avoir «commandé un rapport au Haut conseil à l'égalité, à propos des violences obstétricales », mentionnant «un taux d'épisiotomie de 75 % alors que l'OMS préconise d'être normalement
	20 octobre 2015	Quand les femmes ont peur de leur gynécologue
Le Figaro		sociaux ou des reportages sur cette forme de maltraitance. « Je suis allée sur Internet voir « maltraitance gynécologique » et j'ai été profondément choquée, se désespère le Dr Joëlle Belaisch-Allart, responsable du
	3 septembre 2015	La péridurale, une pratique trop systématique ?
Le Monde		Leur présence autorise aussi plus facilement une femme à changer d'avis », développe Mme Blondel. « Violences obstétricales » Autre facteur : le fait que la femme accouche pour la première fois. « Elle a un

Annexe II

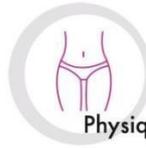
Infographie explicative des « violences gynécologiques et obstétricales » proposée par l'IRASF.

(Document disponible sur : <https://www.irasf.org/actions-et-outils-pour-lutter-contre-les-violences-obstetricales-et-gynecologiques/>)



LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES ET GYNÉCOLOGIQUES : DÉFINITION

Les violences obstétricales et gynécologiques touchent à **3 dimensions**



Physique



Verbale



Légale

Les conditions dans lesquelles les actes médicaux vont être posés, vont permettre aux femmes de les requalifier en violences obstétricales et/ou gynécologiques. Elles sont constituées de **l'absence...**

- ⊘ De consentement libre et éclairé
- ⊘ D'exercice des gestes obstétricaux dans un cadre légal*
- ⊘ D'humanité et de dignité
- ⊘ De l'absence de choix et de diversité dans l'offre de soin
- ⊘ Du respect des droits de la patiente
- ⊘ De consentement des actes à des fins d'apprentissage
- ⊘ D'anesthésie efficace
- ⊘ De pratiques conformes aux données scientifiques
- ⊘ D'utilité médicale avérée

*Charte de la personne hospitalisée, Code de Santé Publique, Code de Déontologie, recommandations nationales et internationales

La présence d'un ou plusieurs de ces critères constitue les éléments fondamentaux des violences obstétricales et gynécologiques



Cet ensemble d'actes, de **paroles** et d'**attitudes** va porter atteinte à l'**intégrité mentale** et **physique** d'une femme de façon plus ou moins **sévère**



Cela se produit pendant...

- le suivi gynécologique
- la grossesse
- l'accouchement
- le post-partum

Ces violences sont perpétrées par des équipes de soignants qui vont agir ensemble et/ou individuellement

- Gynécologues
- obstétriciens
- Puéricultrices
- Sages-femmes
- Anesthésistes
- Infirmier.e.s
- Aides-soignant.e.s
- Agents administratifs
- Agents de service
- Auxiliaires de puériculture



IRASF @AssolRASF
Institut de Recherche & d'Actions pour la Santé des Femmes

Annexe III

Recommandations du Haut Conseil à l'Égalité pour la prévention des actes sexistes perpétrés durant le suivi gynécologique et obstétrical.

(Document disponible sur : <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>)

RECOMMANDATIONS

Le HCE appelle à une prise de conscience des pouvoirs publics pour reconnaître les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, les prévenir, faciliter les procédures de signalements et condamner les pratiques sanctionnées par la loi. Il énonce 26 recommandations articulées autour de 3 axes :

AXE 1 : Reconnaître l'existence et l'ampleur des actes sexistes dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical, dont certains relèvent des violences

RECOMMANDATION 1 : Réaliser la première enquête de santé publique pour mieux connaître tant le suivi gynécologique des femmes (âge moyen de la première consultation, fréquence de consultation, de frottis, d'examens vaginaux, de palpations mammaires...) que leur satisfaction quant à celui-ci (impression d'avoir été suffisamment informée des différents moyens de contraception, recueil du consentement avant un examen vaginal ou une palpation mammaire, etc.) ainsi que des actes sexistes éventuellement subis, dont les violences sexistes et sexuelles.

RECOMMANDATION 2 : Rendre publiques, sous forme de cartographie en ligne, les données maternité par maternité (selon la typologie des maternités I, II et III) relatives aux actes médicaux pratiqués lors de l'accouchement (césarienne, déclenchement, rupture artificielle de la poche des eaux, voie basse instrumentale, épisiotomie etc.).

RECOMMANDATION 3 : Mesurer la satisfaction des femmes quant à leur suivi obstétrical :

- ▶ par le déploiement, par la DREES, d'une nouvelle enquête sur la satisfaction des usagères, qui soit élargie à l'ensemble des parcours des femmes : suivi de grossesse, aide médicale à la procréation, IVG, IMG, fausse-couche...
- ▶ par l'intégration de questions spécifiques dans le questionnaire E-Satis diffusé par la Haute Autorité de Santé qui vise à mesurer la satisfaction et l'expérience des patient.e.s hospitalisé.e.s plus de 48h. Rendre ce questionnaire sexué et diffuser les résultats auprès des services concernés.

RECOMMANDATION 4 : Encourager la recherche académique sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical dans les projets financés par les ministères chargés de la Santé et de l'Enseignement supérieur.

RECOMMANDATION 5 : Intégrer la question des actes sexistes, dont les violences sexistes et sexuelles, durant le suivi gynécologique et obstétrical dans les démarches développées par le ministère chargé de la Santé sur la pertinence des actes.

RECOMMANDATION 6 : Intégrer dans les soins pris en charge à 100% par l'État les soins dispensés suite à un antécédent obstétrical traumatique par des psychologues et psychiatres formé.e.s aux conséquences psycho-traumatiques.

AXE 2 : Prévenir les actes sexistes relatifs au suivi gynécologique et obstétrical

RECOMMANDATION 7 : Renforcer la prévention et la lutte contre le sexisme et les violences sexuelles au sein de la profession par des campagnes de prévention et des cellules d'écoute dédiées aux violences sexistes et sexuelles.

1- Former les professionnel.le.s de santé

RECOMMANDATION 8 : Renforcer la formation initiale et continue des professions médicales et paramédicales pour prévenir les actes sexistes :

- rendre obligatoires et généraliser des modules sur les questions de bientraitance, de respect du consentement et sur les violences sexistes et sexuelles notamment à l'occasion de la réforme de la formation initiale des professions médicales ;
- intégrer ces thématiques dans les priorités de formations continues.

2- Définir des normes pour promouvoir un suivi gynécologique et obstétrical respectueux et adapté

Rendre explicite, dans le droit, l'interdit des actes sexistes dans la relation de soin

RECOMMANDATION 9 : Ajouter « leur sexe, identité de genre ou orientation sexuelle » à l'article 7 du Code de déontologie médicale (article R.4127-7 du CSP) : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient **leur sexe, leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.**»

RECOMMANDATION 10 : Introduire dans le Code de déontologie médicale l'interdiction pour les médecins d'utiliser le caractère asymétrique de la relation médicale pour initier toute relation sexuelle avec leurs patient.e.s dans le cadre de la relation de soins.

Préciser et faire appliquer les recommandations de bonnes pratiques

RECOMMANDATION 11 : Élaborer et diffuser une recommandation globale de bonnes pratiques relatives au suivi gynécologique, notamment concernant la première consultation, qui intègre les spécificités rencontrées par les femmes handicapées, lesbiennes et primo-arrivantes.

RECOMMANDATION 12 : Évaluer l'expérimentation des 8 maisons de naissance destinées aux accouchements physiologiques, et en cas d'évaluation favorable, généraliser ce dispositif.

RECOMMANDATION 13 : Faire appliquer les recommandations de la Haute Autorité de Santé et de l'Organisation Mondiale de la Santé en matière de suivi gynécologique et obstétrical :

- par la mise en place de réunions dans les maternités à destination des soignant.e.s sur les dernières études et recommandations en matière de gynécologie et d'obstétrique ;
- par la transmission régulière de ces recommandations aux professionnel.le.s de santé, notamment via les organisations professionnelles et les sociétés savantes.

Permettre la mise en œuvre de ces bonnes pratiques par le renforcement des moyens humains et financiers

RECOMMANDATION 14 : Augmenter significativement les moyens financiers et humains dévolus à la santé, en particulier ceux consacrés aux maternités :

- dans le projet de loi de finances pour 2019 ;
- par la révision des décrets de périnatalité, identiques depuis 1998, afin de prévoir une augmentation des ressources humaines ;
- en anticipant les besoins démographiques en matière de soignant.e.s.

AXE 3 : Améliorer et faciliter les procédures de signalements et condamner les pratiques sanctionnées par la loi

1- Par une information des femmes concernant leurs droits, tout au long de leur vie :

RECOMMANDATION 15 : Mettre en place l'obligation, prévue par la loi depuis 2001, d'une éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées publics et privés.

RECOMMANDATION 16 : Mettre à jour et diffuser — par voie numérique et dans les centres de soins — un livret d'information relatif à la première consultation gynécologique (également disponible en langues étrangères et accessible aux personnes malvoyantes).

RECOMMANDATION 17 : Etablir un carnet de maternité type qui comprenne un module sur les droits des patientes et le généraliser à tous les établissements et aux professionnel.le.s de santé qui effectuent un suivi des grossesses en libéral (également disponible en langues étrangères et en braille).

RECOMMANDATION 18 : Permettre une plus grande implication des femmes dans le suivi de grossesse, l'accouchement et la suite des couches via :

- ▶ la possibilité, pour les futurs parents, d'élaborer un projet de naissance précisant leurs souhaits concernant le déroulement de l'accouchement, hors impératif médical ;
- ▶ la possibilité d'avoir recours à un.e interprète, choisi.e parmi les associations qui respectent le référentiel de la Haute Autorité de Santé d'octobre 2017 : « *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé* », pour les femmes primo-arrivantes et/ou qui ne maîtrisent pas la langue française.

RECOMMANDATION 19 : Généraliser l'entretien pré-natal précoce (EPP) et créer un entretien post-natal, pris en charge par la Sécurité sociale, qui permette aux femmes d'échanger sur le déroulement de leur accouchement.

RECOMMANDATION 20 : Rappeler l'obligation d'inscrire tous les actes pratiqués au dossier médical de chaque parturiente.

RECOMMANDATION 21 : Informer les femmes concernant leurs droits et les possibilités de recours en cas d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical :

- ▶ lancer la première campagne d'information en direction du grand public rappelant les droits des patient.e.s, en présentant plusieurs situations où ceux-ci sont bafoués ;
- ▶ diffuser des informations sur les droits des patientes sur le site de l'Assurance maladie, dans le carnet de maternité et dans les centres de protection maternelle et infantile et de planification familiale, en s'appuyant par exemple sur le Guide « Accouchement : mes droits, mes choix » de la Fondation des Femmes ;
- ▶ faire connaître l'existence des commissions des usager.e.s et transmettre systématiquement toute déclaration aux services et soignant.e.s impliqué.e.s dans une optique d'amélioration de la qualité des soins ;
- ▶ intégrer, dans les huit séances de préparation à la naissance, un temps dédié aux droits des patientes.

RECOMMANDATION 22 : Soutenir financièrement les associations qui accompagnent des femmes victimes de violences sexistes et sexuelles, notamment dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical.

2- Par une plus grande implication des Ordres professionnels

RECOMMANDATION 23 : Prévoir une procédure disciplinaire spécifique d'examen des plaintes pour violences sexuelles, excluant toute médiation, conformément à la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, dite « Convention d'Istanbul ».

RECOMMANDATION 24 : Former les membres des chambres disciplinaires des ordres des sages-femmes et des médecins à la prise en compte des violences sexistes et sexuelles.

3- Par une meilleure réponse pénale concernant les pratiques sanctionnées par la loi

RECOMMANDATION 25 : Systématiser la transmission à la justice des plaintes formulées auprès des Ordres des médecins et des sages-femmes relatives à des pratiques réprimées par le Code Pénal, dès lors que la victime en a donné son accord.

RECOMMANDATION 26 : Renforcer la formation des forces de l'ordre et des magistrat.e.s sur les violences sexistes et sexuelles.

« Violences obstétricales »

Histoire de l'émergence d'une nouvelle préoccupation sociale

Les « violences obstétricales et gynécologiques », controverse apparue à partir de 2014 en France, illustre la façon dont une préoccupation sociale émergente est à la fois cause et conséquence de la modification de cadres normatifs établis dans la société jusqu'alors.

Dans cette perspective, il s'agit dans ce mémoire, de comprendre ce qui est aujourd'hui défini comme violent dans les pratiques en gynécologie et obstétrique, par qui, et au regard de quelles normes.

Ainsi, ce travail de recherche retrace historiquement l'émergence de ce concept, d'Amérique latine au Canada, sa diffusion en France dans les médias et sur les réseaux sociaux, jusqu'au paroxysme de sa considération en tant que préoccupation sociale à part entière.

Par ailleurs, il présente une analyse cette nouvelle problématique sociale dans une perspective sociologique, historique et philosophique.

Tout cela avec pour objectif, in fine, de mettre en évidence les nouvelles normes mises en place et d'étudier le processus qui a conduit à ce changement de paradigme dans le monde de la gynécologie et de l'obstétrique.

"Obstetric and gynecological violence", a controversy that emerged in France in 2014, illustrates how an emerging social concern is both a cause and a consequence of the modification of normative frameworks established in society.

In this perspective, the question in this thesis is to understand what is today defined as violent in practices in gynecology and obstetrics, by whom, and concerning which norms.

Thus, this research work traces the emergence of this concept historically, from Latin America to Canada, its diffusion in France in the media and on social networks, up to the paroxysm of its consideration as a social concern in its own right.

In addition, it presents an analysis of this new social problem in a sociological, historical and philosophical perspective.

All this with the aim, ultimately, to highlight the new standards put in place and study the process that led to this paradigm shift in the world of gynecology and obstetrics.

Mots clés : Delivery, Obstetric, Gynecology, Health Care, Gender-based violence, Ethics, Feminism.

BOURRELIER Camille

Université François Rabelais
UFR de Médecine
Ecole régionale de Sages-Femmes
TOURS
2018