

MOOC Femmes & Santé : Violences gynécologiques

Présentation

Aurore Koechlin

Je m'appelle Aurore Koechlin, je suis Maîtresse de conférence en sociologie à l'Université Paris Un Panthéon-Sorbonne et j'ai réalisé une thèse sur l'émergence, la stabilisation, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique qui a donné lieu en deux-mille-vingt-deux à la publication d'un ouvrage intitulé *La Norme gynécologique*. Je suis donc spécialisée en sociologie de la santé et du genre, et tout particulièrement sur les enjeux gynécologiques.

Introduction contextuelle

Aurore Koechlin

La notion de violences obstétricales et gynécologiques, ou VOG, émerge dans un triple contexte en France. Tout d'abord, rappelons que le terme se développe dès les années deux-mille en Amérique latine. En deux-mille-sept, sous la pression du mouvement féministe, le Venezuela est le premier pays à inscrire les violences obstétricales dans la loi. Il est suivi par d'autres pays d'Amérique latine comme l'Argentine, le Mexique, le Brésil ou l'Uruguay. Cette situation internationale pèse sur le contexte français.

Deuxième élément : à l'hiver deux-mille-douze, deux-mille-treize en France, éclate la remise en question médiatique des pilules de troisième et quatrième générations. Suite au dépôt de plainte de Marion Larat contre le laboratoire pharmaceutique Bayer après un AVC (Accident Vasculaire Cérébral) sous pilule. Cela donne lieu à une crise de la pilule, ou tout du moins du modèle contraceptif français centré sur la pilule. Parallèlement, cela vient interroger la gynécologie, ses moyens et ses pratiques. On peut ainsi dire que de la crise de la pilule on passe progressivement à une crise de la gynécologie.

Enfin, troisième et dernier élément de contexte, « Me too » éclate en deux-mille-dix-sept et percute la France avec le *hashtag* « Balance ton porc ». La question des violences devient un sujet d'actualité et un enjeu politique fort. « Me too » interroge ainsi toutes les formes de violence dans la société, y compris les violences obstétricales et gynécologiques.

Pourtant, la notion n'est pas encore stabilisée.

D'une part, on peut distinguer entre les violences gynécologiques d'un côté et les violences obstétricales de l'autre. Les premières renvoient aux violences ayant lieu dans le cadre de la consultation gynécologique. Les deuxièmes renvoient aux violences ayant lieu dans le cadre du suivi de grossesse, de l'accouchement, et éventuellement du post-partum.

D'autre part, cette notion n'a pas de définition unique. Elle renvoie principalement au non-respect du consentement aux actes médicaux, notamment dans le contexte de la loi du quatre mars deux-mille-deux relative aux droits des malades. Cette loi instaure la démocratie sanitaire et le consentement libre et éclairé des patients et des patientes aux actes et aux traitements qui leur sont proposés. Dans ce contexte serait alors désignée comme violence le fait de ne pas respecter le consentement des patientes pourtant instauré par la loi. On peut citer par exemple le fait de ne pas demander l'autorisation avant d'effectuer un acte médical, avant la pose du spéculum par exemple, ou de ne pas respecter le choix de la patiente pour tel acte médical par exemple, là encore, concernant le type d'accouchement souhaité.

Mais le terme peut également désigner plus globalement une forme moins explicite de paternalisme médical qui oriente les choix et limite l'autonomie. On peut ajouter que dans le cadre des violences obstétricales, la déshumanisation a été tout particulièrement désignée comme une forme de violence. Par exemple, le fait de considérer exclusivement les femmes comme un corps, comme un réceptacle des soins et non plus comme des personnes ayant une volonté, un consentement, des sentiments et des sensations à respecter et à écouter.

Enfin, la notion peut viser spécifiquement les discriminations pendant le soin ou dans l'accès aux soins. Il s'agit alors le plus souvent de violences verbales. Par exemple, le fait de dire à une personne lesbienne qu'elle n'a pas besoin de suivi gynécologique ou le fait de ne pas avoir le même comportement avec toutes les patientes en fonction de leurs caractéristiques sociales. La notion n'a pas encore de définition totalement unifiée. C'est ce qui rend en partie sa saisie difficile et complexe.

Trois conditions de possibilités de violences gynécologiques

Aurore Koechlin

Pour un travail de thèse mené entre deux-mille-quinze et deux-mille-vingt-et-un, j'ai été amenée à observer de nombreuses consultations gynécologiques et à réaliser des entretiens avec des professionnels de santé comme avec des patientes. Dans ce cadre, j'ai été témoin de certaines situations très rares qui sortaient de la norme des autres consultations. Le consentement de la patiente à

un acte gynécologique, la pose du spéculum notamment, n'avait pas été respecté, parce que la question n'avait pas été posée directement. La situation avait entraîné un état fort et manifeste de détresse de la part de la patiente, qui indiquait son non-consentement comme des pleurs ou des cris.

Cela m'a amenée à m'interroger : pourquoi cette sortie de la normalité de la consultation gynécologique ? Comment cette situation se produit et que révèle-t-elle de la relation gynécologique ? J'ai ainsi défini trois conditions de possibilité des violences gynécologiques.

Première condition : la consultation gynécologique est un espace de normalisation de la douleur. En effet, la question de la douleur y est centrale. Certains actes gynécologiques peuvent être douloureux, comme la pose du spéculum, le toucher vaginal ou encore la pose de l'implant. Certains actes ont pratiquement systématiquement causé une douleur visible ou étaient évoqués comme douloureux par les patientes : comme la pose du stérilet, la mammographie ou l'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) médicamenteuse.

Cela explique l'insistance des patientes en entretien sur le fait qu'une des principales qualités, selon elles, d'une gynécologue est sa douceur, soit l'inverse de ce qui provoque de la douleur. Pour travailler, les professionnels de santé doivent donc composer avec la douleur de leurs patientes. Cela les amène souvent à la normaliser, voire à la minimiser, dans un but qui demeure essentiellement opératoire. Il s'agit pour elles de pouvoir travailler. Par exemple, il est arrivé que, face à une patiente qui pleure suite à la pose d'un stérilet, une gynécologue dise qu'elle est « douillette », je cite. Ainsi, la consultation gynécologique socialise à la douleur, habitue à la douleur. Les professionnels de la gynécologie réalisent alors un véritable « travail de discipline des émotions de leurs patientes », selon l'expression de la sociologue Maud Arnal.

Pourquoi est-ce que cela a des incidences sur la question des violences gynécologiques ? Parce que, dès lors, il devient presque impossible pour les patientes d'avoir une douleur légitime qui provoque l'arrêt de l'examen ou des soins. La douleur devient routinière. Les manifestations de cette dernière sont acceptées comme une part de la consultation gynécologique. Là où la douleur pourrait être un symptôme que quelque chose ne se déroule pas comme prévu, elle est considérée comme normale à la fois pour les patientes et pour les professionnelles de santé elles-mêmes.

Deuxième condition des possibilités de violences gynécologiques : le facteur prépondérant des conditions de travail. En effet, les consultations gynécologiques

sont marquées par une certaine répétitivité. Elles sont ainsi centrées sur l'examen, le frottis et la prescription de contraception. Cela entraîne la mise en place par les professionnels de santé d'un certain nombre d'automatismes, notamment pour garantir la systématisme du dépistage. L'examen, mais aussi les discours, sont ainsi marqués par la standardisation. L'attention aux particularités de chaque situation individuelle peut alors tendre à décroître.

Les conditions de travail peuvent ainsi pousser les professionnels de santé à accroître l'exercice de leur profession par automatisme, plus que par adaptation à la situation donnée, par exemple, lorsque la cadence augmente. Une cadence importante provoque ainsi une standardisation accrue du soin. Il s'agit de réaliser l'examen sans plus se poser de questions, sans s'adapter aux particularités d'une situation.

C'est le cas notamment aux urgences gynécologiques. Le nombre de patientes est très important et la répétition y atteint son maximum puisqu'il s'agit pratiquement toujours des mêmes cas : des douleurs pelviennes et, ou des saignements, que la patiente soit enceinte ou non. Enfin, il existe une obligation médico-légale aux urgences de réaliser un examen et une échographie. Or, c'est précisément dans ce contexte de travail que j'ai pu observer des violences gynécologiques.

À chaque fois, les circonstances sont les mêmes. La patiente n'est clairement pas consentante à l'acte médical, mais ne le dit pas directement, notamment parce que le ou la professionnelle de santé ne pose pas la question. La réalisation de l'acte médical provoque alors des cris et des pleurs de la patiente et est le plus souvent interrompue.

Outre les conditions de travail, un autre point est important dans les observations que j'ai pu faire : il s'agissait d'étudiants ou d'étudiantes en médecine. Ils manquaient, de fait, de formation et d'expérience pour réagir adéquatement. Face à une même situation de refus de l'examen non-verbal par une patiente dans une de ses consultations, une chef de service adopte une attitude opposée. Elle montre d'abord le spéculum à la patiente, la rassure sur le fait que cela ne fait pas mal, sollicite son accord pour l'examen, lui demande trois fois l'autorisation avant d'insérer le spéculum, essaye de parler d'autre chose pour détendre la situation, puis renonce après un premier essai infructueux. Malgré le consentement cette fois-ci explicite de la patiente, la cheffe de service écoute les signes corporels du refus d'examen. On peut faire l'hypothèse que c'est l'expérience qui lui a permis d'ajuster ses pratiques sur ce point. Attention, cela ne veut pas dire que tous les étudiants ou toutes les étudiantes en médecine se font les vecteurs de violences gynécologiques, mais que c'est souvent l'expérience ou une sensibilité personnelle qui viennent pallier le manque de formation unifiée.

Ainsi, les conditions de travail, que ce soient les modalités concrètes de l'organisation du travail ou en amont la formation au travail, jouent profondément

dans la production ou non de violences gynécologiques.

On peut noter qu'à l'inverse, une gynécologue que je suivais dans une clinique parisienne demandait systématiquement le consentement de ses patientes avant tout acte, car elle disposait alors à la fois du temps, trente minutes pour une consultation, et de la configuration nécessaire de l'espace et une connaissance de ce que sont les violences gynécologiques pour le faire.

Enfin, troisième condition de possibilité des violences gynécologiques : ce que j'ai appelé « l'universalisme médical ». Même si les pratiques concrètes des médecins s'éloignent fortement de cet idéal qui est au fondement de l'ordre politique français, les médecins ne s'en réclament pas moins dans leurs prises de position. Cet universalisme médical consiste à gommer les particularités sociales des médecins comme celles des patientes. Il s'agit de se conformer à un idéal de neutralité, qui est au fondement du rôle du médecin moderne. Cette neutralité implique une absence de jugement qui est bien souvent plus un idéal régulateur qu'une réalité des pratiques. Néanmoins, elle est au fondement des principes des médecins.

Or, cet idéal de neutralité et cet universalisme médical ont par ailleurs pour effet non seulement d'effacer les particularités sociales, mais ce qui est plus paradoxal pour une pratique comme la médecine, d'effacer en partie les corps. Ne plus voir les particularités sociales des patientes, c'est aussi ne plus voir leur genre, c'est considérer les corps au prisme de l'universel. Et dès lors, la gynécologie devient une spécialité comme les autres et les organes génitaux des organes comme n'importe quel autre organe.

Ainsi, quand je demande à un étudiant en gynécologie s'il a déjà essuyé des refus d'examens de la part de patientes en raison de son genre, il me donne une réponse significative. Je le cite : « Il faut faire en sorte que le patient ne nous considère pas comme un homme ou une femme, parce que sinon il rend la relation sexuée et ce n'est pas normal. La relation avec un malade, elle n'est pas sexuée. Pour moi, un patient n'est pas un objet. Un patient, ce n'est pas un animal, ce n'est pas un patient. Ce n'est pas quelque chose que je me représente comme du désir. Enfin, c'est un corps humain avec quelqu'un dedans, OK, mais tu n'as pas de pensée déviante sur lui. C'est quelque chose qu'il faut soigner. Mais que ce soit un enfant, une femme, un vieux, une vieille. Si on était médecin de poules, ce serait des poules. Mais voilà, on est médecin d'humain. Mais voilà, c'est un être humain, c'est tout. » J'arrête la citation.

Il souligne ainsi la nécessité de faire sortir la relation avec la patiente de sa dimension sexuée, au double-sens d'une dimension genrée et d'une dimension potentiellement sexualisée. Cela a pour corollaire que certains médecins eux-mêmes ne considèrent plus leurs patientes comme des femmes. L'usage du

masculin neutre est ici révélateur, alors qu'on est dans un contexte où il n'y a que des femmes comme patientes. Bien que cet étudiant se défende de considérer les patientes comme des choses ou comme des animaux, on peut dire qu'en définitive, l'idéal de patientes dans cette optique universaliste est quelque chose qu'il faut soigner, débarrassé de toutes ses caractéristiques physiques et sociales. À la limite, les patientes ne sont même plus des corps mais des réceptacles des soins, avec un esprit, les corps finissant par s'effacer tant ils sont dé-sexualisés, dé-génrés, dé-particularisés. Mais cette conception va à l'opposé du ressenti des patientes, qui accordent une extrême importance au genre de la personne qui pratique l'examen gynécologique et qui vivent cet examen, au moins pour une partie d'entre elles, comme un moment dont la dimension genrée, et potentiellement sexualisée, ne peut être totalement effacée.

Dès lors, ne pas reconnaître les spécificités de l'examen gynécologique, c'est méconnaître les nécessaires adaptations de la pratique médicale au ressenti des patientes et donc éventuellement laisser la porte ouverte à des violences. C'est en définitive le troisième facteur qui joue dans les conditions de possibilité des violences gynécologiques.

Conclusion

Aurore Koechlin

Pour conclure, présenter les conditions de possibilité des violences gynécologiques permet inversement de dessiner les conditions de possibilité pour les éradiquer : demander explicitement le consentement des patientes avant tout acte, ne pas minimiser leur ressenti et leurs émotions, former les étudiants et les étudiantes en médecine à ces enjeux, améliorer les conditions du travail médical en finançant fortement et durablement notre système de santé, sont autant de pistes pour une autre gynécologie, et par là, une autre médecine.