



HAL
open science

**“ C’est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! ”.
Violences médicales et gynécologiques en consultation de
contraception**

Leslie Fonquerne

► **To cite this version:**

Leslie Fonquerne. “ C’est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! ”. Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception. Santé Publique, 2021, Vol. 33 (5), pp.663-673. 10.3917/spub.215.0663 . hal-04590643

HAL Id: hal-04590643

<https://hal.science/hal-04590643>

Submitted on 28 May 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Nombre de signes : 37 425

Rubrique de publication : *Pratiques et organisation des services de santé*

Type de publication : Recherche originale

**« C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! »
Violences médicales et gynécologiques en
consultations de contraception**

"It's not the pill that opens the fridge door!"

Medical and gynaecological violence in contraception consultations

Résumé

Introduction : En France, « la crise de la pilule » a permis une remise en question de la centralité de la contraception orale dans la « norme contraceptive » et des inconvénients liés à son usage, et s'inscrit plus largement dans une dynamique de visibilisation de violences médicales et gynécologiques, à l'œuvre depuis le début des années 2010. L'objectif de cet article est d'interroger les violences médicales et gynécologiques qui touchent les femmes qui consultent pour accéder à ce qui est censée favoriser leur émancipation : la contraception.

Méthode : Dans le cadre d'une recherche de doctorat en sociologie portant sur les prescriptions et les utilisations de contraception orale, près de soixante-dix entretiens ont été recueillis auprès de dix-sept usagères de contraception orale et de trente-et-un-e professionnel-le-s de santé habilité-e-s à prescrire une contraception. Quatre-vingt-quinze consultations médicales et gynécologiques ont également été observées, en structures médicales publiques et privées.

Résultats : L'usage de contraception orale nécessite un suivi médical régulier exposant d'autant plus les usagères à un risque de violences médicales et gynécologiques, dont l'absence de consentement constitue le nœud. L'étude de cas d'une consultation gynécologique et l'analyse des entretiens et des observations mettent au jour diverses formes de violences médicales, favorisant la dépendance des patientes au corps médical.

Conclusion : L'imbrication des différentes formes de violences médicales et gynécologiques invite à les envisager au sein d'un *continuum* des violences de genre. Une posture soignante éthique permet de se prémunir de ces situations.

Mots-clés : choix contraceptif ; contraception ; genre ; professionnels de santé ; violences médicales et gynécologiques.

Abstract

Objective: In France, "the pill crisis" has brought into question the centrality of oral contraception within the "contraceptive standard", as well as the drawbacks associated with its use, and is more widely part of a dynamics of visibilizing medical and gynaecological violence, at work since the early 2010s. This paper intends to question the medical and gynaecological violence faced by women seeking medical attention in order to access what is supposed to be a condition for their emancipation: contraception.

Method: As part of a sociological research project on the prescriptions and uses of oral contraception, nearly seventy interviews were conducted with seventeen users of oral contraception and thirty-one health professionals authorized to prescribe contraception. Ninety-five medical and gynaecological consultations were also observed, in both public and private medical facilities.

Results: The use of oral contraception requires regular medical consultation, increasingly exposing users to the risk of medical and gynaecological violence, with lack of consent at its core. The case study of a gynaecological consultation, as well as the analysis of interviews and observations, reveal various forms of medical violence, with a focus on the patients' dependence on the medical profession.

Conclusion: The interconnectedness of these different forms of medical and gynaecological violence encourages us to consider them as part of a *continuum* of gender violence. An ethical caring stance makes it possible to guard against these situations.

Keywords: contraceptive choice; contraception; gender; healthcare workers; medical and gynaecological violence.

INTRODUCTION

En France, « la crise de la pilule » [1] a favorisé la remise en question de la place centrale de la contraception orale au sein de « la norme contraceptive » [2] et des inconvénients inhérents à l'usage de ce moyen contraceptif. Cette remise en question s'inscrit dans une dynamique plus large de visibilisation des biais de la médicalisation, voire des violences médicales, à l'œuvre depuis le début des années 2010 : de la part de professionnel·le·s (de santé [3], juriste [4], journalistes¹, documentariste [5]), de collectifs féministes², mais aussi d'usagères de contraception³. L'objectif de cet article est d'interroger les violences médicales et gynécologiques qui touchent les femmes qui consultent pour accéder à ce qui est censée constituer une condition à leur émancipation (sexuelle) : la contraception.

Les violences médicales et gynécologiques (selon le domaine concerné) peuvent revêtir de multiples formes, ici non exhaustives : négation des souffrances⁴ (physiques ou morales), sexisme, infantilisation, favorisation d'un sentiment de honte chez les patientes, jugement, demande de justification, culpabilisation, sentiment d'infériorité accentué par la position d'auscultation, paternalisme médical, rétention d'informations, absence de consentement, examens intempestifs, discriminations (selon l'identité de genre, le poids, l'orientation sexuelle, les origines sociales ou ethniques, le statut sérologique). Si les violences médicales et gynécologiques résultent de perceptions non médicales, elles sont légitimées en ce qu'elles s'exercent au sein de l'institution médicale et relèvent donc de violences institutionnelles. Les violences médicales et gynécologiques sont alors entendues comme un ensemble d'attitudes (actes ou propos) injustifiées effectuées sans le consentement des patientes [6].

L'absence de consentement est le nœud qui constitue toutes formes de violence. Si le code de déontologie médicale ne définit pas le consentement, il indique qu'il « doit être recherché dans tous les cas » et que « lorsque le malade refuse [...] le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé [les patient·e·s] de ses conséquences » [7]. Mais ces informations concernent surtout les risques liés au refus du traitement (et non à ses effets indésirables par exemple). Le consentement médical implique donc moins de décider que d'accepter ou refuser un traitement proposé [8]. En médecine, le terme de consentement libre et éclairé implique d'une part que les patient·e·s ne soient pas contraint·e·s dans leur choix et d'autre part que les informations nécessaires soient fournies, afin de garantir la qualité de la santé sexuelle et reproductive [9]. Il s'agit d'être en « capacité de pouvoir décider des actes médicaux sur sa personne en connaissance de cause » [10]. La médicalisation de la contraception suppose donc une responsabilité des prescripteurs et prescriptrices quant aux informations fournies aux patientes [11], le terme de consentement annihilant trop souvent toute responsabilité de celles et ceux censé·e·s le garantir [12] et culpabilisant, en miroir, celles et ceux qui ne s'en seraient pas saisi. Or, médecins et patientes

¹ Voir par exemple une émission de radio France culture. Collection Témoignages : Maltraitance gynécologique ; 28 septembre 2015 [Consultée le 19 octobre 2015]. Disponible sur <http://www.franceculture.fr/emission-sur-les-docks-collection-temoignages-maltraitance-gynecologique-2015-09-28>. Et une émission de radio RTL. Maltraitance gynécologique : quand les femmes racontent leur souffrance ; 14 octobre 2015 [Consultée le 9 février 2016]. Disponible sur <http://www.rtl.fr/actu/societe-faits-divers/maltraitance-gynecologique-quand-les-femmes-racontent-leur-souffrance-7780068104>.

² Voir par exemple le blog Gyn&co ; 2013 [Consulté le 18 septembre 2017]. Disponible sur <https://gynandco.wordpress.com/>. Et le tumblr Je n'ai pas consenti ; 2015 [Consulté le 30 juin 2016]. Disponible sur <http://jenaipasconsenti.tumblr.com/?og=1>.

³ Voir notamment les #payetonuterus en 2014 et #mypillstory en 2016.

⁴ Parler de souffrances plutôt que de douleurs permet de prendre en compte leur dimension morale.

sont dans un état de conscientisation inégal : si les premières cèdent à l'autorité médicale, elles n'y consentent pas pour autant [13]. Dès lors que les patientes se présentent en consultations, leur consentement aux traitements ou aux examens n'est donc pas acquis.

MÉTHODE

Champs de recherche investis et choix d'une posture adaptée

Cette étude est basée sur une recherche de doctorat en cours portant sur les enjeux (sociaux, politiques, marchands et de genre) de prescriptions et d'utilisations de contraception orale dans un contexte marqué par « la crise » de celle-ci, convoquant la sociologie du genre et l'anthropologie politique de la santé dans une perspective féministe [12]. Particulièrement appropriée pour mettre au jour les violences (ici médicales) en ce qu'elle nécessite de s'interroger en termes de consentement [14], cette approche n'en est pas moins neutre ou objective qu'une autre [15]. Dans un souci de cohérence entre le fond et la forme, l'écriture inclusive non sexiste est employée.

Dispositif de recherche qualitatif

Les matériaux de terrain mobilisés sont de type qualitatif et ont été recueillis entre janvier 2014 et août 2018. D'une part, près de soixante-dix entretiens semi-directifs et récits de vie (allant d'une durée de quarante minutes à deux heures trente) répétés, selon les principes d'une étude longitudinale, ont été menés auprès de dix-sept usagères de contraception orale et de trente-et-un·e·s professionnel·le·s de santé habilité·e·s à prescrire une contraception (neuf sages-femmes, neuf gynécologues, treize généralistes) et recruté·e·s par effet boule de neige. Les dix-sept jeunes femmes usagères avaient principalement 20-24 ans au moment du recrutement, correspondant au profil des femmes les plus concernées par un usage exclusif de pilules [16]. Diplômées (niveau Bac +), elles sont également les plus concernées par un usage de pilules de troisième et quatrième générations⁵ [17], mises en cause dans « la crise de la pilule ». D'autre part, quatre-vingt-quinze consultations médicales et gynécologiques ont été observées en structures publiques (hôpitaux, centres de santé, centres de planification) et privées (cliniques, cabinets de ville) en région toulousaine.

Considération éthique

Les prénoms cités des personnes enquêtées ont été modifiés selon les principes de pseudonymisation.

Analyse des matériaux

Les matériaux de terrain ont été analysés par codifications thématiques et par études de cas (ici d'une consultation gynécologique dédiée à la contraception, en cabinet de ville). Différents niveaux d'analyse ont été mobilisés : l'étude des parcours contraceptifs à un niveau micro social, l'impact des normes de genre sur les pratiques individuelles contraceptives et

⁵ Parler de contraception orale ou de pilule au singulier renvoie à l'ensemble des générations de pilules. Parler de pilules au pluriel permet, par contraste, de mettre l'accent sur les spécificités de chaque génération qui compose la contraception orale. Les pilules de troisième et quatrième générations sont les pilules diffusées le plus récemment (à partir des années 1990). Par rapport aux pilules de première et deuxième générations, un sur-risque thromboembolique associé à leur consommation est à l'origine du scandale sanitaire énoncé.

médicales à un niveau méso social et la prise en compte de logiques biopolitiques à un niveau macro social [18].

RÉSULTATS

La consultation de contraception orale, favorable aux violences médicales ? Étude de cas d'une consultation gynécologique

Sur les quatre-vingt-quinze consultations observées, il a été question de contraception dans plus de la moitié d'entre elles (57), dont une vingtaine ont traité de contraception orale, parmi lesquelles une quinzaine ont abouti à une prescription ou un renouvellement. Mais il faut tenir compte de certains biais : dans les consultations où il n'était pas question de contraception, les patientes étaient soit ménopausées soit enceintes ou désirant l'être (certain·e·s praticien·ne·s étant obstétricien·ne·s ou spécialisé·e·s en PMA⁶). Aussi, du fait de la présence de la chercheuse, les professionnel·le·s demandaient parfois aux patientes de raconter leur parcours contraceptif alors qu'elles venaient consulter pour un tout autre motif. Ces cas n'ont pas été pris en compte dans les chiffres mentionnés. Si c'est en hôpital, dans le cadre particulier de consultation pré et post-IVG⁷ de centre de planification, que les prescriptions et renouvellements de contraception orale étaient les plus fréquent·e·s (en concernant un peu moins de la moitié des consultations), c'est en structures privées (cliniques et cabinets) que les examens sont le plus exclusivement liés à une prescription ou un renouvellement de contraception orale, puisque la quasi totalité de ces consultations se sont accompagnées d'un examen (une dizaine sur une quinzaine)⁸. Or, seul un examen clinique est nécessaire à la prescription de contraception [19].

La méthode de l'étude de cas permet, d'une part, d'identifier les différentes formes de violences auxquelles les patientes sont confrontées et montre, d'autre part, que l'utilisation de contraception orale implique un suivi médical régulier exposant d'autant plus les usagères aux violences médicales et gynécologiques. L'étude de cas proposée ici est basée sur la reconstitution d'une consultation gynécologique observée en cabinet de ville le 22 mars 2017, dont le motif de consultation était la contraception orale. Le tableau ci-dessous (tableau I) présente une retranscription des échanges entre une gynécologue (blanche, âgée d'une trentaine d'années) et une patiente (blanche, âgée d'une vingtaine d'années), usagère de contraception orale.

Tableau I – Étude de cas d'une consultation gynécologique en cabinet de ville : place des violences médicales en consultation de contraception orale

Dialogue	Formes de violence médicale
Gynécologue : « Que puis-je faire pour vous ? »	
Patiente : « Je viens parler contraception. »	
G : « Dites-moi. »	
P : « C'est la quatrième pilule que je change en	

⁶ Procréation médicalement assistée.

⁷ Interruption volontaire de grossesse.

⁸ Contre la moitié en hôpital dans le cadre de consultations de centre de planification, où en outre l'examen semble moins lié à la prescription ou au renouvellement de contraception orale qu'à l'acte de l'IVG. En centres de santé, une seule prescription de contraception orale a été observée et s'est accompagnée d'un retrait de dispositif intra-utérin, sans autre examen.

deux ans. Là j'ai Claréal[®] et elle ne me va pas du tout. Je l'ai depuis six mois et elle me provoque de l'acné, elle me fait les cheveux gras, et elle m'a fait prendre 5kg. »

G : « La contraception donne faim mais ne fait pas grossir. C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! C'est une pilule qui vous enlève les règles, c'est un point positif ça. Qu'est-ce que vous aviez avant cette pilule ? »

P : « J'avais changé de pilule parce que la précédente me donnait mal au ventre. J'ai testé Leeloo[®], Adépal[®], Daily[®]... »

G : « C'est que des [pilules de] deuxième génération, c'est pas terrible pour l'acné [C'est en fait une précédente pilule qui provoquait de l'acné...]. »

P : « Je voulais un stérilet pour ne plus avoir d'hormones. Et parce que je fume. »

G : « Oui Claréal[®] effectivement c'est une pilule pour les fumeuses. Si on récapitule : vous avez des règles douloureuses [la patiente a simplement parlé de maux de ventre], vous êtes sujette à l'acné et à la prise de poids. Donc il faut une contraception si possible sans règles, la moins dosée possible. Donc je vais vous dire la contraception qu'il y a sur le marché. En contraception sans hormones il y a le stérilet au cuivre mais il n'enlèvera pas les règles douloureuses. En contraception œstroprogestative vous avez des pilules mais qui ne sont pas remboursées. Et en contraception progestative vous avez l'implant, qui est le contraceptif le plus puissant mais qui n'est pas terrible contre l'acné. Vous avez aussi le stérilet hormonal. Je peux vous montrer les deux types de stérilets. Vous voyez, ce sont des bijoux pour utérus. Bon, en vrai ils ne sont pas colorés comme ça. Mais contre l'acné le mieux ce sont les pilules œstroprogestatives de troisième et quatrième générations. Vous pouvez enchaîner les plaquettes, sans prendre les comprimés placebo pour éviter les règles. »

P : « Ça pose pas de problème d'enchaîner les plaquettes comme ça ? »

G : « Non, on s'en fiche de ça, on parle en termes d'hormones. Sinon, il y a la pilule Zoely[®] qui est à base d'œstradiol de cactus, d'œstradiol naturel donc. Je pense que j'ai envie d'essayer la Zoely[®] chez vous. »

P : « Après la pilule me fait des baisses de libido. »

G : « C'est pas le premier problème ça. »

Négation des souffrances et culpabilisation.

Perception négative des règles [20] non évoquée par la patiente.

Rétention d'informations lors de la présentation du panel contraceptif. En France le panel contraceptif se compose d'une dizaine de méthodes. Or, ici, seules trois méthodes contraceptives sont présentées (pilules, dispositifs intra-utérin, implant), exclusivement médicalisées [21].

Logique strictement médicale imposée au détriment d'un « pluralisme thérapeutique » [22] plus inclusif des demandes de la patiente.

Pression sur le choix.

Négation de souffrance. Hiérarchisation des effets indésirables.

<p>P : « Mais c'est pour ça qu'on prend la pilule... [pour pouvoir avoir des rapports sexuels] »</p>	
<p>G : « Toutes les pilules font baisser la libido. On se l'essaye trois mois ? Parce qu'il faut que je gère trois problèmes en même temps : les règles, l'acné, le poids. Par contre, attention elles ne sont pas remboursées les [pilules de] dernières générations. Allez à la pharmacie la moins chère de Toulouse. Bon, je ne peux pas dire le nom pour ne pas faire de pub' à certaines pharmacies... »</p>	<p>Désinformation : une prise de pilule n'implique pas fatalement une baisse de libido. Pression sur le choix.</p>
<p>P : « Elle se situe en centre ville ? »</p>	
<p>G : [Elle hausse les épaules et fait mine qu'elle ne peut rien dire] « Bon elle n'est pas remboursée mais après si ça règle tous vos problèmes, je pense que vous êtes prête à y mettre... Ah je vous mets la pilule du lendemain aussi. »</p>	<p>Rétention d'informations favorisant les inégalités financières.</p>
<p>P : « Du coup j'enchaîne direct l'ancienne plaquette avec la nouvelle ? »</p>	<p>Absence de discussions autour de la contraception d'urgence.</p>
<p>G : « Oui et il vous faut mettre un préservatif entre les deux pendant dix jours parce que c'est durant les switches de contraception qu'on fait le plus de bêtises. Prenez-là à heure fixe, quand vous vous lavez les dents. Et en cas d'oubli donc, vous prenez le comprimé oublié, vous prenez la pilule du lendemain, vous mettez le préservatif pendant dix jours. C'est la triple protection. Est-ce que vous voulez faire une sérologie ? Vous êtes en couple depuis longtemps ? »</p>	<p>Hétéronormativité coercitive : analogie entre relations non installées et risque d'infections sexuellement transmissibles.</p>
<p>P : « Quatre ans. »</p>	
<p>G : « Ok donc pas besoin. On regarde les seins ? »</p>	<p>Hiérarchisation des pratiques sexuelles : évidence de l'hétéronormativité monogamique comme norme. Examen non justifié et absence d'explications.</p>
<p>P : « Euh, j'ai eu une mycose aussi récemment. »</p>	
<p>G : « Ah oui la contraception ça joue sur les mycoses. Prenez des probiotiques par la bouche. Je vous colle sur la balance puis on regarde le col [de l'utérus] et les seins. »</p>	<p>Fatalisme des effets indésirables, sans qu'une autre méthode de contraception ne soit envisagée. Langage paternaliste. Le paternalisme est incompatible avec le consentement des patientes [23]. Absence de demande de consentement aux examens.</p>
<p><i>Pendant que la patiente monte sur la balance :</i></p>	
<p>G : « Vous êtes migraineuse ? »</p>	
<p>P : « Oui, beaucoup. »</p>	
<p>G : « Attention cette pilule peut donner des migraines. »</p>	<p>Malgré cela, aucun autre moyen contraceptif n'est envisagé.</p>
<p>P : « 65 kg. »</p>	
<p>G : « Vous avez pris 3kg. C'est compliqué cette contraception, hein ? »</p>	<p>Culpabilisation à la prise de poids.</p>
<p>P : « Oui... »</p>	
<p>G : « Il faut essayer et pas perdre patience. Je</p>	

<p>vous libère miss, à dans trois mois sauf si migraine. Vous fumez pas vous ? »</p> <p>P : « Si.[La patiente l'a déjà signalé] »</p> <p>G : « Ah non c'est interdit ! Si vous voulez qu'on vous aide, il faut nous aider aussi. Il y a un risque avec cette pilule. Je préfère que vous ayez de l'acné plutôt qu'une embolie. »</p> <p>P : « Oui, moi aussi... »</p> <p>G : « Pas plus de cinq cigarettes par jour. Vous connaissez quelqu'un qui fait de l'hypnose ? Vous allez voir un de mes collègues. Sinon ce sera un stérilet au cuivre ou une contraception œstroprogestative toute votre vie. Je le note, c'est notre contrat. Sinon on repasse à Claréal® et plein de boutons. Vous partez là, vous l'appellez. »</p>	<p>« Miss » : langage paternaliste.</p> <p>Jugement et culpabilisation.</p> <p>Désinformation sur la compatibilité entre prise de contraception orale et tabagisme : selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé [24], le risque survient dès lors que la patiente a plus de trente-cinq ans, fume plus de quinze cigarettes par jour et présente des antécédents de risques cardio-vasculaires.</p> <p>La patiente n'a jamais exprimé son envie d'arrêter de fumer.</p> <p>« Sinon [...] » : menace, punition, culpabilisation.</p> <p>« Je le note » + ordre : langage paternaliste.</p>
--	--

Lors de cette consultation, en une vingtaine de minutes, la patiente a été confrontée à pas moins de huit formes de violence gynécologique différentes (négation des souffrances, culpabilisation, jugement, imposition, rétention d'informations et désinformations, hétéronormativité coercitive, paternalisme médical), qui plus est répétées. En faisant pression sur les décisions de la patiente, la gynécologue use de ces violences comme formes d'autorité, favorisant la dépendance de la jeune patiente au corps médical, au détriment de toute libération sur la question contraceptive, comme le voudrait pourtant une posture soignante éthique [25].

La rétention d'informations en contexte de culture du viol : un exemple de violence médicale ordinaire ?

À la fin des années 1960, le constat d'un risque accru de caillots dans le sang potentiellement mortels amena à l'insertion d'une notice pour la contraception orale, la première du genre, rendue obligatoire par la FDA⁹ [26]. Les pilules représentent donc un cas précurseur de lutte pour le consentement éclairé avec l'apparition de leurs notices dès 1970 aux États-Unis et qui se répandra pour tous les médicaments [10]. Pourtant, la rétention d'informations est la forme de violence en consultation la plus couramment constatée sur le terrain (identifiée dans l'ensemble des expériences relatées en entretiens par les dix-sept jeunes femmes usagères suivies). Aussi, la rétention d'informations semble être une compagne constante de l'ensemble des étapes du processus de consultation médicale (de la prise de rendez-vous médicaux, aux auscultations, en passant par la présentation du panel contraceptif). En effet, elle se retrouve dès la prise de rendez-vous lorsque les professionnel-le-s de santé omettent d'indiquer aux patientes qu'il n'est pas nécessaire de revenir en consultation pour avoir un renouvellement d'ordonnance de pilules, dans un contexte où « la rétribution des médecins est liée au nombre de consultations et d'actes qu'ils effectuent » [27]. Au moment de la présentation du panel contraceptif en consultation, elle entrave le choix libre et éclairé de la prescription du traitement, comme le résumait en entretien, Camille (conseillère en insertion professionnelle, 10 avril 2014), l'une des jeunes

⁹ Food and Drug Administration.

femmes enquêtées : « En fait j'ai l'impression que justement on nous laisse pas trop le choix. Enfin c'est pas qu'on nous laisse pas trop le choix c'est qu'on nous expose pas trop les autres moyens de contraception, à part tout ce qui est préservatif, pilule et stérilet ». De ce fait, des écarts persistent entre les droits d'accès à la contraception et leurs applications effectives. Enfin, dès lors que la rétention d'informations n'a pas seulement trait aux prescriptions mais concerne aussi les auscultations ; via des examens gynécologiques non justifiés, parfois douloureux, et réalisés sans explications ; elle est à appréhender en contexte de culture du viol¹⁰ (« rape culture »)[28].

La culture du viol correspond à la banalisation diffuse, à l'acceptation culturelle (les rendant invisibles) et à la justification des violences sexuelles. Elle est un ensemble de croyances rendant acceptable les violences qui en découlent. À ce titre, dès le XIX^{ème} siècle, les médecins considèrent que les hommes ont plus d'appétit sexuel que les femmes, et qu'en ce sens, « La sexualité des femmes est "conduite" par l'homme dont elle dépend » [29]. La culpabilisation des victimes de violences sexuelles (« women provoking rape » by « signals ») [28], la minimisation voire la négation de ces violences, ainsi que la présomption du consentement, sont symptomatiques de la culture du viol. Dans le cadre d'une auscultation gynécologique, cela se manifeste lorsqu'un·e professionnel·le de santé assimile un acte médical à une pratique sexuelle (par exemple en faisant une analogie entre l'usage du spéculum et un coït) ou lorsqu'une auscultation est pratiquée sans le consentement de la patiente. Lors de l'observation d'une consultation (18 mai 2017), un obstétricien travaillant en cabinet de ville déclarait que « c'est une habitude que les femmes fassent confiance au médecin » et qu'il est donc « inutile de demander » le consentement des patientes, qui « ne sont pas à une sonde près ». Par contraste, les usagères suivies dans le cadre de cette enquête reconnaissent l'information comme condition essentielle au bon déroulement d'une auscultation, comme l'illustrent les propos de Laura (chargée de gestion immobilière, 3 juillet 2016) : « elle [la gynécologue] m'examinait sans m'expliquer, pour moi c'était pas possible en fait, sauf qu'elle m'a dit : "écoutez c'est pas la première fois", donc je lui ai clairement expliqué aussi que si elle m'expliquait pas on arrêta là. Donc elle a fini par m'expliquer, c'était très froid, ça s'est très mal passé ». Dans cette situation, Laura déclarait par ailleurs avoir « l'impression d'être violée ».

Une médecine dominante encline aux violences ?

Durant les observations, les moments d'entre-deux consultations sont également particulièrement révélateurs de rétention d'informations, les médecins suivi·e·s faisant régulièrement part à la chercheuse d'informations non divulguées à la patiente, comme l'illustrent ces deux extraits de journal de terrain :

« La gynécologue ne l'a pas dit à la patiente mais elle m'indique qu'elle pense que son problème est ovarien... Elle n'aime pas ça... » (cabinet de ville, 22 mars 2017).

« La praticienne me dit qu'elle n'a pas parlé de la cape cervicale¹¹ car la patiente a mentionné qu'elle en avait marre des saignements, mais reconnaît que ce n'était pas explicite et que "donc c'est pas terrible pour le choix". Elle dit que c'est "nul" de sa part » (centre de santé, 27 avril 2018).

¹⁰ « Rape culture can broadly be defined as a socio-cultural context in which an aggressive male sexuality is eroticized and seen as a 'healthy,' 'normal' and 'desired' part of sexual relations (Herman, 1978). A rape culture is one in which sexual assault is not only seen as inevitable in some contexts, but desirable and excusable as well (Mendes, 2015) » [28].

¹¹ Une méthode contraceptive barrière.

Selon les structures médicales, les professionnel·le·s de santé ne portent pas une réflexivité égale sur leurs pratiques, plus ou moins enclines aux violences médicales, et les patientes ne sont donc pas exposées au même risque de s'y voir confrontées selon les praticien·ne·s qu'elles consultent. Comme le montrent les extraits de journal de terrain ci-dessus, le personnel de centres de santé (ne comptant pas de gynécologue faute de salaire élevé, recevant une patientèle précarisée, adepte du « pluralisme thérapeutique », favorisant les consultations longues¹²) est plus enclin à identifier les limites de ses pratiques. Par contraste, les professionnel·le·s exerçant une médecine dominante en France, qui combine allopathie et exercice en structures libérales [30] (impliquant une patientèle plus aisée, une approche allopathique exclusive, proposant des consultations courtes¹³) mobilisent une réflexivité moindre. Selon la gynécologue travaillant en cabinet de ville citée dans l'extrait de journal précédent, le consentement des patientes aux traitements semble pris pour acquis dès lors que les femmes se présentent en consultation et nie dans ce cas toute forme de violence de sa part :

« Une fois le couple (racisé) parti, la gynécologue revient vers moi en mettant ses doigts dans sa bouche, mimant de se tirer une balle. Elle me dit qu'elle est énervée car elle n'a pas "le tiers des antécédents de la patiente" (qui parlait peu français). Elle se dit "saoulée" que la patiente ne la laisse pas "l'aider" (la patiente a refusé un traitement provoquant une aménorrhée). Le mari de celle-ci (qui parle français) avait expliqué qu'il et elle venaient chez cette nouvelle gynécologue des suites d'une mauvaise expérience avec une autre médecin. Suite à quoi, la gynécologue me dira : "j'ai failli lui dire : et moi je vous ai maltraité?! Je lui aurais mis des claques." » (Extrait de journal de terrain, cabinet de ville, 19 avril 2017)

Ces extraits de journal de terrain mettent au jour non seulement des usages de rétention d'informations, mais également une logique de présomption de consentement aux traitements. Les diverses formes de violences gynécologiques et médicales peuvent donc se cumuler, mais surtout s'entremêler.

DISCUSSION

Les violences médicales et gynécologiques au sein d'un *continuum*

Les différentes formes de violences gynécologiques et médicales sont à appréhender à travers leur imbrication. L'ensemble des usagères enquêtées décrivent des situations de violences : allant de la rétention d'informations, jusqu'à avoir « l'impression d'être violée » (comme l'indiquait Laura). Il apparaît alors pertinent d'envisager ces formes de violence comme faisant partie d'un même *continuum* [31]. En effet, la présomption de consentement est une porte ouverte sur l'ensemble des violences médicales et gynécologiques, leurs auteur·e·s présupposant que les patientes consentent à recevoir des propos, parfois conjointement : jugeant, discriminants ou encore niant les expériences de leur vécu.

À propos d'une patiente ayant changé de partenaire depuis sa dernière consultation, une gynécologue (observations en clinique, 8 mars 2017) la qualifiait de « femme à hommes », la

¹² 34 minutes en moyenne.

¹³ 18 minutes en moyenne.

rappelant ainsi à l'ordre de genre hétéronormatif selon lequel la relation monogamique installée, qui plus est pour une femme, représente le modèle hégémonique. Un obstétricien (observations en cabinet de ville, 25 mai 2017) renvoyait également les patientes à la « norme contraceptive » [2], jugeant tous choix contraceptifs extérieur à celle-ci comme le fait d'« hystériques, qui arrivent en disant qu'aucune pilule ou DIU¹⁴ ne va » et « dans ce cas je dis qu'il ne reste plus rien d'efficace ». Ici le jugement se couple à la rétention d'informations, entravant alors toute possibilité pour les patientes d'accéder à un choix libre et éclairé.

Le jugement implique une catégorisation des bonnes et mauvaises pratiques selon un registre relevant moins du médical que de la morale. Elia (infirmière, 20 septembre 2016), indiquait en entretien : « Ma première gynéco, c'était une femme qui m'a fait énormément de réflexions assez désagréables : que mes enfants auraient un palace dans mon ventre tellement mes hanches sont larges ». Et d'ajouter que la médecin lui rétorquait qu'elle « devrait pourtant savoir » que « c'est pas bien » d'être en « surpoids », « étant donné [qu'elle est] infirmière ». Ici, la médecin mobilise des logiques grossophobes, sous couvert d'invocation de la « fonction apostolique » [32] du fait de la profession d'Élia.

La prise de poids ou le « surpoids », faisant l'objet d'une discrimination, s'accompagne également d'une responsabilisation et d'une culpabilisation des patientes, invisibilisant l'inadaptabilité de la contraception orale chez certaines d'entre elles et amenant les professionnel·le·s usant de ces logiques à nier les souffrances mentionnées par les usagères, comme l'illustrent les propos de Fanny (étudiante infirmière, 20 janvier 2014) : « Du coup on avait pris rendez-vous chez le gynéco, il m'a, pas limite insulté mais presque, euh on n'y est plus jamais retournées avec ma mère parce qu'en fait je voulais plus prendre la pilule parce que j'avais trop grossi avec et tout et donc il disait que j'étais une adolescente superficielle entre guillemets, que je voulais faire ça [arrêter l'usage de contraception orale] que pour mon poids ». Face aux usagères venant se plaindre des effets de la contraception orale sur leur poids, des médecins minimisent cette éventualité : en rétorquant qu'« une pilule ne fait prendre que un kilo, [qu']il y a forcément d'autres facteurs si on prend plus de un kilo » (selon une généraliste, hôpital, 20 février 2018) ; ou en reléguant les ressentis des patientes à leur imagination. À ce titre, un obstétricien (cabinet de ville, 18 mai 2017) indiquait que « le risque [que la contraception orale fasse grossir] est de moins de 5 % », que c'est donc « dans la tête » des patientes. Les propos des patientes ne valant pas comme preuves de leurs propres expériences, des professionnel·le·s de santé cherchent à objectiver les souffrances énoncées : « Ce qui m'arrive de faire, assez souvent, c'est quand elles en ont assez de la pilule, [...] je leur propose d'arrêter la pilule pendant deux, trois cycles, d'utiliser le préservatif et si ça va bien, si elles se sentent bien comme ça... parce que souvent elles arrivent en disant : 'je la supporte plus, j'ai ci, j'ai ça' [...]. Donc comme ça, ça nous permet de faire la part des choses entre des signes objectifs ou pas », expliquait une gynécologue en entretien (clinique, 20 février 2017).

Une population d'enquête socialement disposée à contester et un système de soin peu favorable aux consultations non violentes ?

En présentant des profils socialement homogènes en termes de diplômes (et d'âges), la population d'enquête des usagères n'est pas représentative de toutes les patientes concernées. Une attention particulière a donc été portée à la constitution du reste du travail de terrain afin de se prémunir de cette limite. D'une part, les observations menées dans les diverses structures médicales ont permis d'accéder à des patientes d'origines sociales diverses. D'autre part, en entretiens, les professionnel·le·s de santé (notamment celles et ceux travaillant en

¹⁴ Dispositif intra-utérin.

dispensaires ou en foyers d'urgence) relataient également des situations impliquant des patientes moins diplômées. En outre, si les dix-sept jeunes femmes usagères semblent bénéficier d'une disposition sociale favorisant la contestation de l'autorité médicale, elles n'échappent pas pour autant aux violences étudiées. L'on peut alors supposer que cela sera d'autant plus le cas des patientes situées en bas de l'échelle sociale, le risque de présomption de consentement semblant d'autant plus élevé que la proximité sociale entre patientes et professionnel·le·s est faible [33]. Il ne s'agit pas pour autant de nier l'agentivité des patientes. À ce titre, cette étude gagnerait à être complétée en mettant au jour les stratégies développées par les femmes pour lutter contre (ou éviter) ces situations de violences. Il s'agit aussi de tenir compte des limites du système de soin, qui ne favorise pas, voire ne valorise pas, les pratiques non violentes des professionnel·le·s. À l'exemple du paiement à l'acte déjà mentionné, l'on peut ajouter que les demandes de consentement et les explications complètes en consultations et lors d'auscultations demandent du temps, un « bien rare » [34] dans le cadre de consultations en libéral. Du reste, les violences médicales et gynécologiques sont essentielles à interroger, puisque ce n'est que depuis la fin des années 2010 qu'elles émergent dans les débats scientifiques et politiques en France.

Envisager les violences médicales comme des violences de genre

Les violences médicales et gynécologiques peuvent être appréhendées comme des violences de genre. D'une part, bien que ces violences ne soient pas uniquement perpétrées par des médecins hommes, « Les femmes se font dans certains cas le relai des institutions qui les oppriment, et donc la domination masculine peut s'incarner dans les rapports entre femmes » et l'on retrouve particulièrement « cette intégration féminine des normes sociales dans le regard que peut porter le personnel de santé féminin sur les jeunes filles demandant une méthode contraceptive » [35]. Il n'est donc pas inhabituel que les femmes médecins témoignent de peu d'homophilie [36]. D'autre part, les femmes sont principalement impactées par ces violences en ce qu'elles « subissent une oppression spécifique au sein de l'interaction gynécologique » [37].

Identifier les consultations empreintes de violences implique, en miroir, d'identifier celles qui en sont dépourvues et permet de mettre au jour les mécanismes favorisant une approche médicale non violente : comme le fait de reconnaître et expliquer quelques appréhensions ou douleurs que ce soit. Lors d'une consultation observée dans un centre de santé (27 avril 2018), au moment où une praticienne s'apprêtait à prendre la tension d'une patiente, cette dernière prévenait : « J'ai jamais aimé ça, je sais pas pourquoi ». Ce à quoi la professionnelle répondait : « Parce que ça serre » et indiquait que « normalement [elle] ne doi[t] pas faire mal ». Afin de favoriser ce type de posture soignante éthique, une recommandation pourrait alors être de (ou se former à) mener les consultations médicales selon les quatre principes en bioéthique, que sont : l'autonomie, la bienfaisance, la non malfaisance et la justice [25].

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Remerciements

Je remercie vivement Aude Ferrachat pour son aide à la traduction.

RÉFÉRENCES

1

Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C et l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population & Sociétés*.

2014;511(5):1-4.

2

Bajos N, Ferrand M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sciences sociales et santé*. 2004;22(3):117-142.

3

Winckler M. *Les brutes en blanc*. Paris : Flammarion ; 2016. 376 p.

4

Lahaye M-H. L'examen gynécologique des jeunes femmes : un droit de cuissage moderne [Internet] ; 2016 [Consulté le 7 octobre 2016]. Disponible sur <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2016/10/06/lexamen-gynecologique-des-jeunes-femmes-un-droit-de-cuissage-moderne/>.

5

Faure N, Paye (pas) ton gynéco [Internet] ; 2018 [Consulté le 18 février 2019]. Disponible sur <https://www.youtube.com/watch?v=fsRZ59Urc2I>.

6

Lahaye M-H. *Accouchement : les femmes méritent mieux*. Paris : Michalon ; 2018 : 179 et 187.

7

Ordre National des Médecins. Code de déontologie médicale [Internet] ; 2019 [Consulté le 29 juillet 2020]. Disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>.

8

Fainzang S. *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris : PUF ; 2012 : 6.

9

Bruce 1990 citée par López Gómez A, León I, El equipo del proyecto Calidad SSR. Calidad de atención en salud sexual y reproductiva. Uruguay : Facultad de psicología, Universidad de la República Uruguay (Es) ; 2019 : 2.

10

Grino C. La pilule : biologisation de la contraception et régulation sociale. *Genre, sexualité et société*. 2014(12):14.

11

Baulieu É-E, Héritier F, Leridon H. *Contraception : contrainte ou liberté ?* Paris : O. Jacob ; 1999 : 75.

12

Clair I. Faire du terrain en féministe. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 2016;213(3):66-83.

13

Mathieu N-C. Quand céder n'est pas consentir. In : *L'anatomie politique*. Paris : Côté-Femmes ; 1991 : 225.

14

Fraisse G. Les excès du genre : concept, image, nudité. Séminaire Arpège ; 4 novembre 2015 ; Université Toulouse Jean Jaurès.

15

Dorlin E. *Sexe, genre et sexualités*. Paris : PUF ; 2008 : 27.

16

Gautier A, Kersaudy-Rahib D, Lydié N. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans. Entre avancées et inégalités. *Agora débats/jeunesses*. 2013;1(663):88-101.

17

Bajos N et al. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *Population*. 2004;59(3):479-502.

18

Foucault M, Ewald F, Fontana A, Senellart M. Naissance de la biopolitique : cours au Collège de France (1978-1979). Paris : EHESS Gallimard Seuil ; 2004. 355 p.

19

HAS. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet] ; 2015 [Consulté le 23 août 2017]. Disponible sur http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf.

20

Oudshoorn N. United we stand: the pharmaceutical industry, laboratory, and clinic in the development of sex hormones into scientific drugs, 1920-1940. *Science, Technology & Human Values*. 1993;18(1):5-24.

21

Ventola C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. *Genre, sexualité et société*. 2014(2):2.

22

Mulot S. Relations de soin, cultures et inégalités de santé. *Terrains & travaux*. 2014;1(24):39-61.

23

Quéré L. Luites féministes autour du consentement : Héritages et impensés des mobilisations contemporaines sur la gynécologie. *Nouvelles Questions Féministes*. 2016;35(1):32-47.

24

HAS. Évaluation des pratiques professionnelles en matière de prescription de contraceptifs oestroprogestatifs de 3ème et 4ème générations depuis 2012 [Internet] ; 2013 [Consulté le 8 juin 2017]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-09/13e_version_contraception_cardiop1-220713.pdf.

25

Winckler M. La posture soignante : science, conscience, bienveillance. Conférence ; 20 octobre 2017 ; Université Toulouse Jean Jaurès.

26

Watkins E. S. Reconciving the pill: from revolutionary therapeutic to lifestyle drug. In : *Therapeutic Revolutions: Pharmaceuticals and Social Change in the Twentieth Century*. Chicago : University of Chicago Press ; 2016.

27

Ventola C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. *Genre, sexualité et société*. 2014(2):9.

28

Keller J, Mendes K, Ringrose J. Speaking 'unspeakable things': documenting digital feminist responses to rape culture. *Journal of Gender Studies*. 2018;27(1):23 et 24.

29

Hasdeu I, Gardey D. Cet obscur sujet du désir. Médicaliser les troubles de la sexualité féminine en Occident. *Travail, genre et sociétés*. 2015;34(2):73-92.

30

Aïach P, Fassin D. *Sociologie des professions de santé*. La Garenne-Colombes (France) : Espace européen ; 1992. 272 p.

31

Kelly L. *Surviving Sexual Violence*. New York (États-Unis) : John Wiley & Sons ; 2013. 288 p.

32

Balint 1997 cité par Gelly M. Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée. Paris : L'Harmattan ; 2006 : 216.

33

Bretin H, Kotobi L. Inégalités contraceptives au pays de la pilule. *Agone*. 2016;1(58):127.

34

Greffion J. Les rythmes d'une relation d'influence : médecins libéraux et visiteuses de l'industrie pharmaceutique. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 2019;226-227(1):48-71.

35

Andro A, Desgrées du Loû A. La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés. *Autrepart*. 2009;52(4):10.

36

Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. *Champ psy*. 2002;3(27):81-92.

37

Quéré L. Luites féministes autour du consentement : Héritages et impensés des mobilisations contemporaines sur la gynécologie. *Nouvelles Questions Féministes*. 2016;35(1):32-47.