



HAL
open science

Où sont les violences médicales ?

Raphaël Perrin, Pierre Robicquet, Lucile Ruault

► **To cite this version:**

Raphaël Perrin, Pierre Robicquet, Lucile Ruault. Où sont les violences médicales ?. Genèses. Sciences sociales et histoire, 2025, 1 (138), pp.3-13. <10.3917/gen.138.0003>. <hal-05211997>

HAL Id: hal-05211997

<https://hal.science/hal-05211997v1>

Submitted on 5 Mar 2026

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

Raphaël PERRIN
Pierre ROBICQUET
Lucile RUAULT

Où sont les violences médicales ?

Exhorter un étudiant en médecine à réaliser un toucher rectal non consenti sur un patient endormi pour qu'il s'y entraîne, contraindre physiquement ou chimiquement une patiente « psy » ou faire attendre « le toxico » jusqu'à ce qu'il quitte de lui-même les urgences, attoucher le clitoris d'une patiente pendant un examen gynécologique, mener une chirurgie d'assignation sur un nouveau-né au sexe jugé ambigu, pratiquer une épisiotomie sans l'accord d'une parturiente, poser une prothèse dentaire sur des dents saines afin de réaliser un acte plus lucratif, tenir des propos humiliants sur l'apparence, le poids ou la sexualité d'un patient, refuser de croire à la douleur qu'il exprime, se montrer expéditif, donner des explications partielles et absconses, ignorer ses questions ou le décourager à en poser... Ce sont là des actes épars et différents, aux conséquences et aux motivations distinctes. Pour autant, de la brutalité ordinaire de l'hôpital aux comportements les plus déviants, de la prise en charge paternaliste jusqu'à l'exploitation économique ou sexuelle des patient·es, c'est un même contexte social qui les rend possibles. La violence serait-elle au cœur du fonctionnement ordinaire de la médecine ?

Ce dossier thématique vise à interroger les pratiques des professionnel·les de santé par la conceptualisation des violences médicales. Il fait l'hypothèse d'une violence spécifique qui se déploie dans les différents domaines de la santé sans être le simple reflet des rapports de pouvoir (la violence de genre, de classe, de race, etc.). Ses modalités précises et sa relative invisibilité découlent de la relation de soin et du contexte institutionnel de la médecine. Il s'agit donc d'ouvrir de nouvelles pistes de recherche en déterminant les contours de ce phénomène et tenter de comprendre en sociologues, sans déférence ni vindicte, comment et pourquoi des – ou *les* – professionnel·les violentent quand leur mandat est de soigner.

Usages et non-usage de la catégorie en sciences sociales

Conceptualisées par des collectifs féministes de plusieurs pays d'Amérique latine depuis le début des années 2000, les « violences obstétricales et gynécologiques » (VOG) ont ensuite émergé comme une question de santé publique dans plusieurs pays, dont la France, pour pointer des pratiques souvent routinières et donc invisibilisées. Ce processus de qualification a opéré dans une diversité d'espaces sociaux et motivé un travail de délégitimation des pratiques

professionnelles en question, au point que les « VOG » figurent aujourd'hui en bonne place parmi les préoccupations de groupes militants, de rapports institutionnels (Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, Conseil de l'Europe, Organisation mondiale de la santé, etc.) ainsi que d'anthropologues et de sociologues de la santé. Mettant en lumière des phénomènes observés de longue date par les études féministes, notamment en histoire, dans le domaine de l'encadrement social de la sexualité et de la procréation, la diffusion du concept s'accompagne d'un renouveau, incitant des chercheuses à analyser la dimension structurelle des maltraitances observées dans les institutions de santé, pour les concevoir comme des violences de genre, parfois dans leur intrication avec les rapports de race et de classe (Claro 2019 ; Fonquerne 2021 ; Rozée et Schantz 2021 ; Schantz, Rozée et Molinier 2021).

La popularité du concept dans le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie tranche avec l'absence quasi totale de la violence comme catégorie d'analyse sociologique d'autres pratiques médicales. La question de la violence dans les soins médicaux se pose pourtant depuis longtemps, par exemple en psychiatrie, dont l'étude du système asilaire dans les « années 68 » a nourri une pensée critique sur les violences institutionnelles jusque dans d'autres secteurs de la médecine et de la société (Goffman 1968 [1961] ; Foucault 2014 [1972] ; Castel 1976). La sociologie de la santé, qui s'institutionnalisait en France à cette période, ne s'est que peu – voire pas – emparée de la notion de violence pour analyser les interactions des praticien·nes de la santé avec les usager·ères. Ainsi, pour qui voulait réfléchir, dans les années 2000, aux implications violentes de la médecine, l'une des seules références francophones à disposition était l'article de Guy Lebeer, lequel traite de l'agressivité des traitements en oncologie ; autrement dit d'une violence thérapeutique propre à la spécialité étudiée (Lebeer 1997 : 73). Plus tard, quelques travaux ponctuels ont tenté de mettre la notion de violence à l'épreuve des routines professionnelles de l'ordre médical, dans le contexte du cabinet libéral de médecine générale (Bloy 2015) et, surtout, en matière d'hospitalisation psychiatrique (Velpry 2011 ; Moreau 2015)¹. Ce qui semble être une éclipse dans l'analyse de la violence au sein de l'institution médicale, en dehors de ces travaux, correspond peut-être plutôt à un déplacement de la focale : la catégorie semble avoir été réservée pour désigner la violence que commettent des usager·ères à l'encontre de professionnel·les (Carra et Ridet 2017). Les professionnel·les, pour leur part, « contraindraient » plutôt qu'ils et elles ne violenteraient – ce qui témoigne de la circulation de catégories de pensée susceptibles de parer, volontairement ou non, toute qualification de violence (Moreau 2011). Est-ce à dire que, en médecine comme ailleurs, l'identification de la violence fait l'objet d'une lutte symbolique qui revient à centrer l'attention sur la violence des groupes dominés et celle subie par des groupes dominants ? Comment

comprendre que l'analyse sociologique repousse la violence dans les marges de l'activité des professionnel·les ?

On peut discerner plusieurs types d'explications à cet impensé relatif de la violence médicale. La plus évidente est que la dimension normative du terme, inévitable dans tout travail de sociologie critique (Boltanski 2008) mais rendue plus visible ici par son utilisation dans des réseaux politiques à des fins de dénonciation, expose au soupçon permanent du parti pris idéologique. Embarrassante, la notion semble d'autant plus donner une direction accusatoire à l'analyse que, contrairement à l'étude de la police – où il s'agit d'examiner les conditions d'emploi de la « violence légitime » –, la mise en œuvre de la violence ne fait pas partie des pratiques reconnues dans le champ médical. Pire, son caractère antinomique par rapport au maître mot du soin tient lieu d'obstacle à la reconnaissance de l'existence de la violence exercée par les équipes médicales ; comme si la vocation salvatrice du travail médical suffisait à annuler son caractère potentiellement violent.

Plus encore pour les médecins, leur fort pouvoir symbolique donne une dimension sacrilège à la désignation de la violence qu'ils et elles peuvent exercer. L'anthropologue Sylvie Fainzang qualifiait déjà d'« iconoclaste » sa démarche d'objectivation des mensonges produits par les cancérologues (Fainzang 2006). Du reste, la profession médicale revendique le monopole de la régulation de ses pratiques (Freidson 1984 [1970]). Plus spécifiquement en France, la critique du pouvoir médical a été « très largement médico-centrée et portée par des médecins » (Mariette et Pitti 2021 : 39). Les évaluations et les analyses externes comme celles que feraient les sociologues peuvent donc s'en trouver délégitimées par avance.

Pour comprendre cette maigre prise en compte de la violence médicale, un ensemble d'hypothèses est également à chercher du côté de la socialisation des chercheur·ses. La proximité sociale, parfois même familiale, des sociologues et anthropologues de la santé avec les médecins (à la différence, pour ne citer qu'un exemple, des sociologues de la police), et le partage de schèmes de pensée qui en découle, rendent peut-être difficile de percevoir ou de dire la violence. Il faut en outre penser que les chercheurs et chercheuses sont aussi des patients et patientes, ou font partie de l'entourage de malades. Leur rapport au monde médical peut être marqué par des expériences négatives qui leur rendent visibles les violences, mais aussi déterminé par une socialisation préalable à une forme de déférence et parfois de reconnaissance. Marie Ménoret attestait ainsi l'impact de sa propre carrière de patiente en cancérologie sous une formule limpide : « après tout, les médecins m'avaient sauvé la vie et ça n'était pas rien pour moi » (Ménoret 2023 : 188).

Ensuite, on peut supposer que l'analyse par secteur de la médecine ou par segment professionnel, qui domine les carrières individuelles de recherche en sciences sociales, n'a pas favorisé la conceptualisation des violences. On peut se demander si les formes les plus insidieuses de la violence coutumière ne se laissent pas plus aisément percevoir avec l'étonnement qui accompagne l'arrivée sur un nouveau terrain que quand un·e sociologue est habitué·e aux pratiques dominantes du secteur de la médecine dont il ou elle est spécialiste. On peut également se demander si la contextualisation fine des logiques professionnelles propres aux sous-groupes étudiés ne se fait pas au détriment d'une analyse plus transversale des pratiques médicales, notamment au prisme de la violence. Par ailleurs, il nous faut sans doute considérer les incidences épistémologiques du succès d'outils conceptuels interactionnistes, en particulier celui d'ordre négocié (Strauss 1992)². Du point de vue de l'histoire des idées, ce classique de la sociologie de la santé s'est largement imposé comme cadre d'analyse ces dernières décennies parmi les thèses, qui entreprennent de réhabiliter la capacité d'action des malades et usager·ères du système de soins. L'hégémonie du paradigme de l'ordre négocié, présenté comme le plus nuancé et pluraliste pour étudier l'administration des soins, a pu décourager la problématisation de la violence ou de la domination à l'œuvre dans les institutions sanitaires.

Une autre série de pistes explicatives a trait à nos méthodes et nos contraintes d'enquête. D'abord, la possibilité même d'une recherche en milieu médical, surtout dans le contexte hospitalier, repose sur des négociations avec des membres du corps médical qui conditionnent notre accès au terrain et auprès de qui nous sommes tenu·es de partager les résultats de l'enquête. Il faut aussi souligner que, une fois admis·e dans le service enquêté, il peut être difficile de se dédire, et encore plus de désapprouver certains agissements collectifs, voire parfois de refuser d'y participer. Un·e enquêteur·rice qui a pu s'être confusément senti·e complice de propos ou conduites violentes pourrait être moins disposé·e à en rendre compte dans ses analyses. Par ailleurs, la conscience de la relativité de ce qui fait violence et du risque d'imposition de problématique, quand le champ sémantique de la violence semble absent des propos tenus en entretien par les usager·ères du système de santé, peut constituer un motif d'hésitation à utiliser cette grille de lecture.

Une dernière et non moins importante série de raisons tient sans doute aux difficultés associées à la définition et à l'usage de cette catégorie d'analyse.

Une définition difficile

Dans le sens commun, la violence désigne l'infliction d'une souffrance. Il est difficile d'en définir des contours substantiels ou définitifs, car un comportement sera jugé violent en fonction de normes et valeurs qui varient selon les époques, les cultures, les groupes sociaux (Elias 1975 [1939] ; Cavalin 2016 : 47-52). De surcroît, la définition de la violence médicale ne peut se faire entièrement par la délimitation d'actes et de comportements objectifs, étant donné que la médecine repose sur « l'agression du corps de l'autre » (Hardy 2013 : 184). Elle consiste notamment à couper les chairs, ouvrir des organes, casser des os, détruire des cellules, altérer des zones corporelles, à contraindre, à immobiliser et rendre inconscient·e, à toucher et à exposer le corps y compris dans ses parties catégorisées comme les plus intimes, si ce n'est honteuses, ou encore celles fortement associées à la sexualité. De manière générale, la pratique médicale suppose une intrusion, physique ou par la parole. De fait, la distinction entre violence et soin peut s'estomper. La loi autorise ainsi l'agression médicale du corps selon son motif et ses modalités, comme elle réglemente l'usage de la force pour la police, de manière protocolisée, réservée à un usage collectif et non personnel et selon des conditions qui exonèrent les professionnel·les de responsabilité pénale³. Par ailleurs, une approche de la violence par la subjectivité des patient·es et leur perception des actes médicaux risquerait quant à elle d'occulter la production du consentement par le mensonge, la menace, la domination ou le maintien d'une asymétrie d'informations.

La qualification de la violence est un objet de désaccord et de conflit. Médecins, professionnel·les subalternes, patient·es, juges, militant·es mais aussi chercheur·ses en sciences sociales prennent des positions différentes, parfois hétérogènes au sein de ces groupes, sur ce qui constitue ou non de la violence, participant à la légitimation des pratiques médicales ou à leur dégradation symbolique. Si des voix critiques émergent au sein des segments les plus dominés du champ médical à la suite de MeToo⁴, les principales organisations médicales restent avant tout sur une ligne de défense de la profession et de son image, par le refus de l'étiquetage des pratiques médicales comme violences, et donc leur invisibilisation⁵.

Malgré tous les défis que pose le recours à cette catégorie dans les travaux de recherche en sciences sociales, nous considérons que son utilisation, y compris critique, représente une « ouverture épistémique » (Diniz, Niy et da Silva Cabral 2021). Ce faisant, le présent dossier thématique ne vise pas à arrêter une définition des violences médicales, mais bien à ouvrir des pistes de recherche. L'une d'elles consiste à considérer les violences médicales comme un continuum, sur le modèle des violences sexistes et sexuelles (Kelly 1987). Si l'emploi du terme de continuum présente le risque d'écraser la diversité des situations étudiées et de faire de la

violence et de la domination des synonymes, il s'avère un outil heuristique pour guider les recherches (re)naissantes sur les violences médicales, empiriquement comme théoriquement.

Sur le plan empirique, la notion de continuum suppose d'étudier la mosaïque des pratiques et des situations qualifiées de violentes. Celles-ci sont de différentes natures, fréquences, intensités – du jugement dépréciatif à l'agression physique, en passant par la rétention d'informations, le non-respect de l'intimité et le défaut de prise en charge de la douleur – et sont plus ou moins socialement légitimes. Le continuum des violences médicales s'étendrait ainsi des violences ordinaires, qui se déploient dans les micro-interactions, normalisées, voire imperceptibles par les agent·es, symboliques autant que directes, aux formes déviantes de violence, celles qui transgressent les normes légales et professionnelles et sont étiquetées comme telles, faisant parfois l'objet de sanctions ou de condamnations, à tout le moins morales. Ne faudrait-il pas considérer également l'ensemble des dommages « biomédicaux » que peut subir une personne dans une configuration thérapeutique, comme les effets iatrogènes des techniques diagnostiques, médicaments, traitements ou essais cliniques ? Somme toute, cette approche permet de saisir la violence « systémique » (El Kotni 2018), institutionnelle, organisée, voire protocolisée, celle de la médecine et de la médicalisation sur laquelle portent les recherches sur les violences gynécologiques et obstétricales (Michel et Squires 2018 ; Batram-Zantvoort, Razum et Miani 2021 ; Ramos Pitta Lima, McCallum et de Souza Menezes 2021). Elle permet en même temps de penser la violence des professionnel·les de santé, dont les trajectoires sociales et les dispositions ne sont pas uniformes et dont les pratiques ne se réduisent pas à l'expression d'un rôle professionnel mais peuvent parfois transgresser les normes qui encadrent leur travail.

L'idée de continuum des violences médicales a un autre intérêt : elle invite à analyser des agressions hétérogènes et fragmentées, routinières aussi bien qu'extra-ordinaires comme relevant d'un même système de domination. En l'occurrence – c'est d'autant plus visible dès qu'on sort des seuls espaces de la gynécologie et de l'obstétrique –, il ne s'agit pas seulement ou « d'abord » du genre (Schantz, Rozée et Molinier 2021), mais de logiques propres à la relation de soin et au contexte institutionnel spécifique de la médecine.

Une violence spécifique

La proposition de ce dossier est d'interroger tant la pertinence et les modalités d'application du concept de violence en contexte de soin que la façon dont l'histoire et les propriétés du travail dans ce milieu éclairent les logiques de la violence en général. Qu'est-ce que la conceptualisation des violences médicales nous dit des configurations professionnelles

de la santé et, réciproquement, qu'est-ce que l'étude empirique du monde de la santé nous apprend de la violence ? Nous émettons l'hypothèse que la violence médicale est un type de violence spécifique, qui s'articule à d'autres rapports de domination sans toutefois s'y réduire. Autrement dit, les ressorts de la violence ne résident pas seulement dans le fait que les médecins (et leurs subalternes) domineraient les patient·es sous l'angle de la classe, la race, l'âge ou le genre – ça n'est d'ailleurs pas toujours le cas –, mais bien dans le fait qu'ils et elles sont des professionnel·les de santé. À cet égard, il nous semble que seule une sorte de mise en série des phénomènes très divers du continuum, observés d'une spécialité et d'une configuration professionnelle à l'autre, pourra permettre de tester la pertinence d'une analyse plus systématique des pratiques médicales sous l'angle de la violence.

En comparaison d'autres domaines d'activité et d'autres relations de services, les interactions en contexte de soin reposent sur une forte asymétrie entre les agent·es (savant·e/profane, sain·e/malade, dominant·e/dominé·e, etc.). Les profanes sont en effet dans une situation de dépendance institutionnalisée envers les médecins, lequel·les disposent du monopole du contrôle de l'accès aux biens de santé (ils et elles ont les moyens de soigner) et d'un savoir expert (ils et elles savent utiliser ces moyens de soigner). Cette situation implique la « remise de soi » des patient·es à l'autorité médicale, exacerbée par le caractère parfois vital des enjeux de santé, en même temps qu'elle autorise un certain usage de la force physique, de la pression psychologique et de la contrainte morale. Pour autant, tou·tes les professionnel·les de santé n'ont pas recours à ces pratiques de la même manière. Le monde médical se caractérise par la coexistence de groupes professionnels hétérogènes, dont les membres se distinguent par des pratiques et des représentations plurielles de leurs métiers et de leurs missions respectives. Pour certain·es agent·es, l'emploi routinier de certaines formes de violence, y compris celles que le groupe professionnel juge acceptables, peut s'accompagner de doutes et de dilemmes moraux. Cette pluralité invite à interroger la réflexivité des professionnel·les, et leurs capacités différenciées à qualifier, justifier, occulter ou dénoncer des comportements jugés, par elles et eux-mêmes ou par autrui, comme violents.

Ce dossier thématique s'articule autour de quatre articles qui, avec les outils de la sociologie ou de l'anthropologie, donnent à voir cette violence spécifique dont les mécanismes ressortent des différentes configurations, époques et espaces de la santé analysés.

À partir d'une enquête ethnographique menée dans un service d'urgences en France, Inès Labainville analyse les liens entre rapports sociaux de race et pratiques médicales à partir des usages du lieu commun professionnel de « syndrome méditerranéen ». Par la façon dont les professionnel·les peuvent ignorer, minimiser ou discréditer certaines plaintes, l'autrice

interroge la perpétuation d'une « violence épistémique », produite par le croisement entre des contraintes matérielles et des processus discriminatoires. L'article examine en outre la transmission des représentations et comportements racistes, de la formation universitaire au quotidien des services hospitaliers.

En prenant pour point de départ la violence gynécologique en Inde, Lucia Gentile et Clémence Jullien examinent la façon dont des formes de violence (physiques ou non) peuvent être perçues comme « nécessaires » au sein du système médical. Leur travail met en évidence l'existence d'une « violence pragmatique », jugée indispensable par les professionnel·les : sa légitimité se fonde sur des enjeux de santé publique et sur des représentations situées de la sexualité des femmes et de leur rapport à la douleur. Leur analyse montre que ces violences ne tiennent pas seulement à un « impensé » ou à des attitudes déviantes d'individus isolés, mais qu'elles peuvent être au contraire assumées et justifiées par l'environnement matériel et institutionnel dans lequel elles s'inscrivent.

Dans un autre article, qui nous fait revenir en contexte français, Déborah Ridet interroge les « bavures » des professionnel·les des urgences, à travers l'usage de pratiques de nociception et de mise sous contention, dont elle cherche à comprendre les conditions d'apparition et de maintien. L'article s'attache à articuler des facteurs structurels (contraintes institutionnelles, organisation du travail) et des logiques plus situées, se manifestant dans le cours même de l'action médicale et ciblant certaines catégories de patient·es. L'autrice montre ainsi que le recours à des actes cruels et humiliants naît à l'intersection de ces deux registres, éclairant dès lors la dimension à la fois collective et individuelle de la production de cette violence.

Enfin, Vianney Schlegel et Vincent Schlegel se concentrent sur les conditions d'une prise de conscience, par les équipes médicales elles-mêmes, de la violence symbolique qu'elles exercent, et analysent les effets de cette réflexivité sur l'organisation du travail médical. Par un travail de comparaison entre des services médicaux à destination des personnes exclues du droit commun et des programmes d'éducation thérapeutique pour patient·es diabétiques, les deux auteurs éclairent les racines historiques, disciplinaires et sociales de certaines formes de violence. L'article met également en lumière les possibilités de résistance, de contournement ou d'atténuation de ces violences par les professionnel·les.

Dans leur ensemble, ces contributions documentent la diversité des formes de violence (physique, symbolique et morale) qui existent dans le contexte de l'interaction médicale. Au-delà de l'acte d'infliger une souffrance, des articles de ce dossier montrent notamment que la violence peut être produite de façon passive, par l'*absence* d'actes ou de mots visant à atténuer une souffrance. Les auteur·ices ont aussi en commun de souligner l'imbrication de ces violences

dans un cadre matériel et institutionnel, ainsi que dans des rapports sociaux de genre, de classe (ou de caste) et de race. Non seulement les pratiques analysées comme violentes ne sont pas les mêmes selon les caractéristiques sociales des patient·es, mais le fait d'occuper une position dominée rend plus probable d'être traité·e avec brutalité : ce sont avant tout les personnes racisées (femmes et hommes) dont les professionnel·les disqualifient la douleur ; la plus grande distance des membres des classes populaires, *a fortiori* issu·es de leurs franges les plus précaires (les sans-domicile), avec les normes de la culture médicale les expose davantage à l'exclusion ou l'auto-exclusion des soins, ou encore aux pratiques de contention aux urgences ; les moqueries et humiliations dans la prise en charge des femmes enceintes en Inde visent d'abord les femmes pauvres, analphabètes, musulmanes et appartenant aux castes inférieures. En soulignant par ailleurs le caractère situé et l'inégale réflexivité des agent·es sur leurs pratiques, ces contributions donnent à voir la « différenciation au carré » (Paillet 2021 : 39) des violences médicales, selon les propriétés sociales des professionnel·les, des usager·ères et le contexte (national ou local) dans lequel elles s'inscrivent.

À eux quatre, les articles composant ce dossier précisent la dimension organisationnelle de la violence. Un registre explicatif assez courant considère que la violence infligée aux patient·es est la conséquence directe des contraintes matérielles et organisationnelles subies par les agent·es au travail (travail en flux tendu, manque de matériel, dysfonctionnements organisationnels, souffrance professionnelle, etc.), et qu'elle serait donc une dérive de la dégradation du fonctionnement des établissements publics de santé. Les recherches ethnographiques ici réunies étayent l'analyse de ces contraintes organisationnelles, en rappelant toutefois qu'elles n'expliquent pas tout. Elles révèlent notamment combien la production de la violence médicale s'enracine dans le « drame social du travail » (Hughes 1996), qui aide à saisir la dimension agonistique des interactions médicales. Quantité d'interactions témoignent, en effet, du décalage éclatant entre les perceptions des individus au travail, qui appliquent avec une distance toute professionnelle le protocole routinier, et celles des bénéficiaires, qui attendent que l'on reconnaisse l'urgence de leur demande et la singularité de leur état corporel. Ces éléments d'analyse invitent par ailleurs à une prise en compte plus fine des implications violentes et de l'histoire de certaines techniques. Ce qui est un simple outil pour les professionnel·les peut être vécu comme une contrainte brutale ou dégradante par les patient·es (chirurgie mutilante, effets secondaires des traitements, cascade de gestes induits par une technique, immobilisation dans une position inconfortable, etc.). Pour comprendre les traitements discriminants et la variation des pratiques d'un service ou d'un cabinet à l'autre, les auteur·ices de ce numéro soulignent aussi l'importance de croiser ces paramètres avec les

dispositions des agent·es, le contexte de l'action, et le système de pouvoir dans lequel elle s'inscrit.

Enfin, plusieurs articles de ce dossier restituent les raisons qui motivent les violences médicales et les systèmes de justification de celles et ceux qui en font usage. Aussi oxymorique que cela puisse paraître, la violence aurait une justification thérapeutique. En effet, les professionnel·les assument parfois comme nécessaires aux soins des pratiques qui peuvent être qualifiées de violentes. Certaines contributions montrent toutefois que d'autres intérêts soutiennent ces pratiques, à commencer par la volonté de simplifier leur travail quotidien et d'accomplir plus « efficacement » leurs tâches en contrôlant l'attitude, le corps et les déplacements des patient·es. Cette dimension joue du reste à court et moyen terme, comme avec les programmes d'éducation thérapeutique dans le cas des maladies chroniques. Le dossier permet enfin de toucher du doigt des formes de violence peu documentées, assimilables à de la cruauté, si ce n'est du sadisme. Dans certains exemples, l'usage de la violence révèle effectivement une forme de jouissance d'une position de pouvoir, ou de jeu permettant de tromper l'ennui et de souder un groupe dans un contexte de travail parfois pénible ou répétitif. Pour finir, les articles laissent voir des formes de punition de patient·es non compliant·es ou dont les professionnel·les anticipent les résistances. Il faut alors prendre la mesure de la composante statutaire de la violence médicale, qui vise précisément à marquer une distance, en somme à rappeler les statuts et rôles respectifs. La violence a donc aussi pour fonction de maintenir un ordre social, sanitaire et moral dans lequel les professionnel·les de santé, *a fortiori* les médecins, occupent une place dominante.

Ouvrages cités

BATRAM-ZANTVOORT, Stéphanie, Oliver RAZUM et Céline MIANI. 2021. « Un regard théorique sur l'intégrité à la naissance : médicalisation, théories du risque, *embodiment* et intersectionnalité », *Santé publique*, vol. 33, n° 5 : 645-654.

BLOY, Géraldine. 2015. « Échec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale », *Sciences sociales et santé*, vol. 33, n° 4 : 41-66.

BOLTANSKI, Luc. 2008. *Rendre la réalité inacceptable. À propos de « La production de l'idéologie dominante »*. Paris, Demopolis.

CARRA, Cécile et Déborah RIDEL. 2017. « L'expérience de violence dans le secteur de la santé : le vécu de professionnels dans le Nord de la France », *Déviance et société*, vol. 41, n° 3 : 447-479.

CASTEL, Robert. 1976. *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris, Éd. de Minuit.

CAVALIN, Catherine. 2016. « Objectivation savante et objet de politiques publiques : les violences interpersonnelles dans les habits neufs de la statistique et de la santé publique (France/Europe/États-Unis, 1995-2016) », thèse de doctorat en sociologie, Institut d'études politiques de Paris.

- CLARO, Mona. 2019. « Dénoncer les maltraitances gynécologiques en URSS : critique ordinaire des patientes et critique féministe (1979-1989) », *Diogène*, n° 267-268 : 289-308.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo, Denise Yoshie NIY et Cristiane DA SILVA CABRAL. 2021. « Les “violences obstétricales” comme subversion épistémique. Saisir des maltraitances anciennes dans un concept nouveau », *Cahiers du genre*, n° 71 : 57-80.
- ELIAS, Norbert. 1975 [1939]. *La dynamique de l'Occident*. Paris, Calmann-Lévy (éd. orig. *Über den Prozeß der Zivilisation: Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen*. Bâle, Verlag Haus zum Falken).
- EL KOTNI, Mounia. 2018. « La place du consentement dans les expériences de violences obstétricales au Mexique », *Autrepart*, n° 85 : 39-55.
- FAINZANG, Sylvie. 2006. *La relation médecins-malades. Information et mensonge*. Paris, PUF.
- FONQUERNE, Leslie. 2021. « “C’est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo !” Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception », *Santé publique*, vol. 33, n° 5 : 663-673.
- FOUCAULT, Michel. 2014 [1972]. *Histoire de la folie à l’âge classique*. Paris, Gallimard.
- FREIDSON, Eliot. 1984 [1970]. *La profession médicale*. Paris, Payot (éd. orig. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York et Londres, Harper and Row).
- GOFFMAN, Erving. 1968 [1961]. *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris, Éd. de Minuit (éd. orig. *Asylums: Essays on the Condition of the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Londres, Penguin Books).
- HARDY, Anne-Chantal. 2013. *Travailler à guérir. Sociologie de l’objet du travail médical*. Rennes, Presses de l’École nationale de la santé publique.
- HUGHES, Everett C. 1996. « Le drame social du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 115 : 94-99.
- KELLY, Liz. 1987. « The continuum of sexual violence », in Jalna Hanmer et Mary Maynard (dir.), *Women, Violence and Social Control*. Londres, Palgrave Macmillan : 46-60.
- LEBEER, Guy. 1997. « La violence thérapeutique », *Sciences sociales et santé*, vol. 15, n° 2 : 69-98.
- MARIETTE, Audrey et Laure PITTI. 2021. « Subvertir la médecine, politiser la santé en quartiers populaires. Dynamiques locales et circulations transnationales de la critique sociale durant les années 1970 (France/Québec) », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 239 : 30-49.
- MÉNORET, Marie. 2023. *Sociologie et cancérologie : un regard de biais*. Saint-Denis, Presses universitaires de Vincennes.
- MICHEL, Claire et Claire SQUIRES. 2018. « Entre vécu de l’accouchement et réalité médicale : les violences obstétricales », *Le carnet psy*, n° 220 : 22-33.
- MOREAU, Delphine. 2011. « Conjurer la qualification de violence dans l’usage professionnel de la contrainte : le recours à la chambre d’isolement dans un service de psychiatrie », *Revue sociologie santé*, n° 33.

— 2015. « Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile », thèse de doctorat en sociologie, Paris, EHESS.

PAILLET, Anne. 2021. « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 236-237 : 20-39.

RAMOS PITTA LIMA, Mariana, Cecilia Anne MCCALLUM et Greice Maria DE SOUZA MENEZES. 2021. « Violences gynécologiques et obstétricales, technologies biomédicales et avortement dans une maternité publique du nord-est du Brésil », *Santé publique*, vol. 33, n° 5 : 675-683.

ROZÉE, Virginie et Clémence SCHANTZ (dir.). 2021. Dossier thématique « Violences gynécologiques et obstétricales : comprendre pour agir », *Santé publique*, vol. 33, n° 5.

SCHANTZ, Clémence, Virginie ROZÉE et Pascale MOLINIER (dir.). 2021. Dossier thématique « Violences obstétricales », *Cahiers du genre*, n° 71.

SIMON, Anne et Elsa SUPIOT (dir.). 2023. « Les violences gynécologiques et obstétricales saisies par le droit », rapport n° 19.18, Institut des études et de la recherche sur le droit et la justice.

STRAUSS, Anselm L. 1992. *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis par Isabelle Baszanger. Paris, L'harmattan.

VELPRY, Livia. 2011. « Maltraitance, dangerosité ou souffrance au travail ? Quand la violence entre en psychiatrie », in Denis Laforgue et Corinne Rostaing (dir.), *Violences et institutions*. Paris, CNRS éditions : 29-44.

¹ Notamment dans la perspective d'une comparaison avec d'autres configurations professionnelles (police, justice et armée), comme en témoigne la tenue de la journée d'étude « Normes professionnelles et définition de la violence légitime », organisée par Benoit Bastard, James Cohen, Delphine Moreau, Cédric Moreau de Bellaing et Violaine Roussel (Groupe de sociologie politique et morale, Laboratoire des théories du politique et Institut des sciences sociales du politique), le 9 avril 2010 à l'EHESS (Paris).

² En décrivant « l'ordre négocié à l'hôpital », Anselm Strauss attirait l'attention sur le fait que les modalités de la relation médicale sont le résultat des interactions entre l'ensemble des professionnel·les en présence, les patient·es et leurs proches, dont les définitions de la situation et les objectifs sont différents. Constatant l'instabilité des règles dans le temps, il mettait ainsi l'accent sur « l'importance de la négociation – les processus de donnant-donnant, de diplomatie, de marchandage – qui caractérise la vie d'une organisation » (Strauss 1992 : 88).

³ Dans le cas de la médecine, il s'agit du diplôme médical, de la qualité de l'acte, de son but thérapeutique et du respect du consentement, sauf situation d'urgence (Simon et Supiot 2023 : 134).

⁴ En particulier parmi les jeunes femmes médecins généralistes ou internes en gynécologie. Ce phénomène est visible dans la multiplication du nombre de thèses de médecine sur les violences obstétricales et gynécologiques.

⁵ Suite aux accusations multiples de viol et aux plaintes déposées à l'encontre d'une gynécologue devenue secrétaire d'État, le Collège national de gynécologie et d'obstétrique français (CNGOF) a publié une tribune appelant à la requalification juridique du viol afin que le terme ne puisse plus désigner un acte médical. CNGOF, « Communiqué de presse », 23 juin 2022 ; Joëlle Belaisch-Allart, « Examens médicaux et viols, attention à la grande confusion », *Le journal du dimanche*, 25 juin 2022.