



La médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique

Laurence Guyard

► To cite this version:

Laurence Guyard. La médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique. Sociologie. Université Paris X - Nanterre, 2008. Français. <NNT : >. <tel-03466437>

HAL Id: tel-03466437

<https://hal.science/tel-03466437v1>

Submitted on 5 Dec 2021

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.



HAL Authorization

Université Paris X Nanterre

Thèse

**Pour l'obtention du titre de
Docteur en sociologie**

Présentée et soutenue publiquement par

Laurence Guyard

Le 09 décembre 2008

**La médicalisation contemporaine du corps féminin :
le cas de la consultation gynécologique**

Directrice de thèse

Martine Segalen, Professeur émérite à l'université de Paris X Nanterre

Jury

Madame Hélène Bretin, Maître de conférences en sociologie à l'université de Paris XIII

Monsieur Didier Fassin, Directeur d'études à l'EHESS Paris, Directeur de l'IRIS

Madame Michèle Ferrand, Directrice de recherche au CNRS, CSU, Paris

Madame Rose-Marie Lagrave, Directrice d'études à l'EHESS

Monsieur Didier Le Gall, Professeur de sociologie à l'université de Caen Basse-Normandie

Madame Martine Segalen, Professeur émérite, Université Paris X

Remerciements

S'il est en partie solitaire, un travail de thèse est avant tout le fruit de rencontres, d'échanges intellectuels, de soutien moral, matériel et financier. Ma gratitude envers tous ceux qui m'ont accompagnée tout au long de ces années est profonde.

Qu'il me soit permis de remercier chaleureusement Martine Segalen pour avoir suivi et dirigé cette thèse tout en m'octroyant une grande liberté quand à l'orientation de ma recherche. Au-delà des conseils prodigués, le soutien et la confiance accordés auront été précieux.

Les rencontres et les échanges au sein du CRESP (aujourd'hui IRIS) ont été une source d'enrichissement scientifique et humain d'une valeur inestimable. Je remercie tous les membres de ce laboratoire (chercheurs et doctorants) et tout particulièrement son directeur Monsieur Didier Fassin qui, en m'accueillant parmi les doctorants, m'a offert de bonnes conditions pour la réalisation de ce travail. Pour ses relectures, ses conseils judicieux, son soutien dans divers projets, Karima Guenfoud n'a cessé de m'encourager avec vivacité et humour. Qu'il me soit permis de la remercier chaleureusement. J'adresse à Anne-Claire Barratault toute ma reconnaissance pour son aide si précieuse pour la recherche documentaire. Merci aussi à Véronique Anohan et Christophe Coutanceau pour leur soutien amical et technique, à Corinne Lanzarini pour ses commentaires critiques, à Annie Thébaud-Mony, Hélène Carteron, Joëlle Vailly pour leurs encouragements renouvelés.

Malgré l'éloignement géographique, Hélène Bretin a été une lectrice particulièrement réactive et attentive. Ses remarques et ses suggestions ont enrichi ce travail, ses encouragements enjoués m'ont permis d'y croire.

Aurélia Mardon et Frédéric Poulard, en fidèles compagnons de route, ont su me soutenir par leurs encouragements sans cesse renouvelés. En acceptant de me donner de leur temps pour de précieuses lectures et en m'associant à de nombreux échanges intellectuels, ils ont indiscutablement nourri ce travail. Les collaborations avec A. Mardon ont été une source d'enrichissement indéniable.

Mes remerciements s'adressent également à tous les gynécologues qui m'ont accordé de leur temps pour un entretien et à ceux et celles qui m'ont accepté dans leurs consultations.

A toutes les femmes qui m'ont fait part de leurs expériences parfois très intimes, je leur adresse ma profonde gratitude.

Pour leur soutien durant toutes ces années, je remercie chaleureusement mes amis : Françoise, Pascal, Isabelle, Christine, Cédric, Marie-Noëlle, Karima, Philippe, Carine et Laurent.

Camille et Guy Guyard, Nono et Bernard Coratte m'ont entouré de leur soutien non seulement par leurs encouragements mais aussi en m'offrant une aide précieuse en étant de formidables grands-parents pour mes filles. Je leur exprime toute ma gratitude et ma reconnaissance. Qu'il me soit permis de rendre hommage à Andrée Guyard, ma grand-mère qui, jusqu'au terme de sa vie, m'aura soutenue dans cette entreprise.

Avec beaucoup de tendresse et d'admiration, je remercie Margaux et Charlotte pour leur soutien infailible et délicieux.

Merci à Jean-François Coratte dont la compréhension et l'engagement à divers titres ont fortement contribué à l'achèvement de ce travail.

A mes filles, Margaux et Charlotte

Table des matières

INTRODUCTION	7
Construction du corps et médicalisation	8
Le déroulement de l'enquête	13
Les effets induits de l'enquête.....	26
Un objet « féminin », un objet familial	36
1^{ERE} PARTIE : LA GYNECOLOGIE MEDICALE : MEDECINE DE FEMME AU SERVICE DES FEMMES ?	43
Chapitre 1 : La gynécologie médicale : état des lieux.....	45
1.1 Du côté des femmes : qui consulte et pour quel motif ?	45
1.2 Du côté des gynécologues : des éléments de démographie médicale.....	48
1.2.1 Une répartition géographique inégale	49
1.2.2 Féminisation des gynécologues médicaux	52
1.2.3 Répartition par mode d'activité	55
1.2.4 Vieillesse des gynécologues médicaux	57
1.3 Une spécialité médicale menacée de disparition	58
1.3.1 La santé sexuelle et reproductive des femmes	60
1.3.2 La rationalisation du système de santé renforce les tensions corporatistes.....	61
1.3.3 Le genre dans les rapports de pouvoir	65
Chapitre 2 : Conditions d'émergence de la spécialité	68
2.1 La santé des femmes au prisme des représentations médicales	68
2.1.1 La matrice : in utero tota mulier est	69
2.1.2 Les menstruations : sang impur et effrayant.....	72
2.1.3 De la mauvaise santé des femmes	75
2.2 Le contrôle de la reproduction : enjeu de pouvoir et conquête professionnelle.....	77
2.2.1 Evincer les femmes du Savoir.....	77
2.2.2 La réorganisation de l'hôpital comme point d'appui de cette conquête.....	81
2.2.3 Gynécologie et obstétrique : spécialités complémentaires ou concurrentes ?.....	85
2.3 La contraception : élément décisif pour la gynécologie médicale.....	86
2.3.1 Le contexte de légalisation de la contraception	87
2.3.2 Le combat des femmes françaises soutenu par des médecins	89
2.3.3 Contestation marginale du pouvoir médical.....	92
Chapitre 3 Devenir et être gynécologue	98
3.1 Une vocation ?	99
3.2 Le genre comme compétence professionnelle.....	108
3.3 Le rôle du gynécologue.....	112
2^{EME} PARTIE : LES CADRES ET LES MODALITES DE L'INTERACTION.....	116
Chapitre 4 : Les cadres de la consultation	118
4.1 Le choix du lieu de consultation.....	118
4.1.1 Proximité géographique et coût de la consultation	118
4.1.2 Recommandation, réputation et représentations	120
4.1.3 Un ou une gynécologue	121
4.1.4 Prendre rendez-vous	125
4.2 Le cadre spatial.....	128
4.2.1 De la diversité des centres hospitaliers.....	128

4.2.2 L'entretien des locaux	130
4.2.3 Du caractère chaud du cabinet libéral	132
4.2.4 Une constante : le mobilier médical.....	136
4.3 Le cadre temporel	139
4.3.1 Ecart entre théorie et pratique	139
4.3.2 Les contraintes professionnelles	142
4.3.3 Une organisation séquentielle.....	145
Chapitre 5 Le corps à nu	147
5.1 Impératifs techniques et enjeux symboliques.....	148
5.1.1 Histoire des techniques et de leur utilisation	150
5.1.2 Du côté des hommes : la suspicion demeure	155
5.1.3 Du côté des femmes : l'appréhension domine	160
5.2 Neutraliser l'intime, réduire la gêne, maintenir les rôles	162
5.2.1 Se déshabiller	165
5.2.1.1 Circonscrire un espace	165
5.2.1.2 Négocier un rempart à la nudité	168
5.2.2 L'examen gynécologique	172
5.2.2.1 Mises à distance corporelle	175
5.2.2.2 La parole d'une fonction l'autre.....	179
5.2.2.3 De la confiance	182
3^{EME} PARTIE : LES VOIES DE LA MEDICALISATION DU CORPS FEMININ	187
Chapitre 6 : De la nécessité de consulter en gynécologie	189
6.1 Les plaintes en gynécologie et leur construction.....	189
6.2 De la transmission intergénérationnelle de la nécessité de consulter	197
Chapitre 7 Des représentations aux normes médicales.....	211
7.1 L'ordre du corps et le jeu des savoirs	212
7.1.1 Au fondement de cet ordre : les règles	212
7.1.2 Des critères normatifs.....	218
7.1.3 La filiation du corps	220
7.2 Vers une définition de la féminité	224
7.2.1 Féminité rime avec maternité	225
7.2.2 Une femme a des règles.....	229
7.2.3 Contrôle de soi et esthétique corporelle	234
7.3 Recours hormonal et ses enjeux	252
7.3.1 La pilule et le silence des fonctions reproductives	254
7.3.2 Enjeux et implications d'une interruption hormonale à quarante ans.....	260
7.3.3 Palier aux carences hormonales de la ménopause.....	265
Chapitre 8 De la sexualité dans la consultation.....	272
8.1 Parler de sexualité.....	273
8.1.1 Des résistances	273
8.1.2 Des configurations plus propices	276
8.2 Normalisation de la sexualité féminine.....	285
8.2.1 Une sexualité pénétrative vaginale.....	285
8.2.2 Une sexualité féminine reproductive et conjugale	288
CONCLUSION GENERALE.....	294
BIBLIOGRAPHIE.....	300
ANNEXES.....	319
Annexe 1	319

Annexe 2	321
Annexe 3	323

Introduction

« Ah oui, c'est important la consultation gynéco, pour la prévention et puis parce que les femmes ont besoin de se confier à quelqu'un, elles ont besoin d'une écoute et le gynéco il peut être à l'écoute, il peut parler du corps, de la sexualité. C'est mieux encore si c'est une femme parce que les femmes elles ont ce côté relationnel en elles et entre femmes on se comprend mieux quand même ». Si Odette tient de tels propos sur la consultation de gynécologie médicale en début d'entretien, elle va finalement au fil de son récit décrire une relation à la consultation bien différente de cette première affirmation. Née en 1938, Odette s'est mariée à 24 ans avec un homme « adorable » avec qui elle dit avoir vécu une vie faite de complicité. Ils ont fait le choix de n'avoir que deux enfants « parce qu'on voulait pouvoir leur offrir la possibilité de faire des études ». Un troisième n'aurait pas été « dramatique » mais « on faisait attention ». La méthode Ogino ou le retrait ont constitué leurs principaux modes contraceptifs « la pilule n'existait pas à l'époque et puis après on n'en a pas voulu, on avait nos habitudes ». Pour ses accouchements, Odette était suivie dans une maternité parisienne mais « c'est les seules fois où j'ai été suivie par un gynéco ». Infirmière, Odette dit avoir appris au cours de sa formation « que les problèmes gynécologiques c'était dans la tête » et elle affirme avoir retenu la leçon n'ayant jamais fait la démarche de consulter régulièrement en gynécologie. Pourtant depuis quelques années, Odette consulte le Dr H. dans le service de gynécologie de l'hôpital A. A la suite d'une intervention chirurgicale pour un problème gynécologique sans gravité (curetage de l'utérus), Odette s'est depuis inscrite dans un suivi régulier « pour la surveillance et ils m'ont dit de prendre un traitement pour la ménopause ». Mais « ce n'est pas par gaité de cœur parce qu'avoir les pattes en l'air et se faire voir comme ça n'a rien d'agréable », d'ailleurs Odette souligne sa tendance à espacer ses rendez-vous « je n'y vais pas très souvent, le moins possible en fait mais il faudrait y aller une fois par an ». Si elle reconnaît la compétence, la disponibilité et la « gentillesse » du Dr H., Odette affirme ne pas avoir « de relation particulière avec cette femme » et ne pas parler « de choses intimes comme la sexualité, non, on ne parle pas de ça ». Plus précisément, elle explique que « ce n'est pas parce que la gynécologie traite de la partie intime de la femme qu'on parle de sexualité, ça reste purement médical ».

A travers les propos de Odette apparaissent un nombre d'éléments caractéristiques des témoignages que l'on peut recueillir lorsque l'on interroge les femmes sur la consultation gynécologique : l'importance de consulter est admise, et malgré l'appréhension ou la gêne liées à l'examen gynécologique qui sont systématiquement évoquées, elle s'inscrit dans la dimension préventive de cette consultation. Pouvoir parler de sexualité est aussi avancé comme une caractéristique spécifique et un atout alors même que les femmes affirment ensuite ne pas en parler dans leur consultation. Enfin, présentée comme un entre soi « féminin » à l'écoute et au service des femmes, la consultation n'en reste pas moins qualifiée de médicale. Autant d'éléments dont l'ambiguïté ou les contradictions ne nous auront pas échappés et qui ne manquent pas de susciter l'intérêt du sociologue. Par ailleurs, l'entrée tardive de Odette en gynécologie témoigne d'un effet générationnel. La révolution contraceptive étant trop récente pour qu'elle en adopte les pratiques, Odette échappe du coup au contrôle médical qu'elles impliquaient. En revanche, le traitement de la ménopause s'impose avec beaucoup plus d'évidence l'amenant de fait à un suivi devenu régulier et dont le caractère préventif est souligné. Cet exemple témoigne du processus de médicalisation du corps féminin et questionne la place qu'y occupe la gynécologie médicale dont les consultations s'inscrivent aujourd'hui régulièrement dans l'agenda de 60% des femmes en France. Rentrée dans les mœurs féminines, cette consultation ne semble pas pour autant être « banale » et s'offre à la sociologie comme un objet d'étude à part entière auquel j'ai consacré cette thèse.

Après avoir brièvement rappelé la manière dont est né mon intérêt pour cette consultation, je retracerai les chemins parcourus au cœur de la littérature sociologique pour construire mon objet. Je rendrai compte ensuite de l'enquête qui a été réalisée sur plusieurs terrains à l'aide d'outils méthodologiques au titre desquels l'observation a été privilégiée. Je rapporterai enfin la manière dont s'est déroulée cette enquête dans une perspective réflexive.

Construction du corps et médicalisation

La consultation de gynécologie médicale à laquelle est consacrée cette thèse constitue un objet bien peu exotique et *a priori* très éloigné des préoccupations de l'ethnologie. C'est pourtant dans le cadre de mon mémoire de maîtrise d'ethnologie qu'est né l'intérêt d'engager une recherche sur cette consultation. Alors que je travaillais sur le parcours migratoire de

femmes d'origine portugaise immigrées en région parisienne, je recueillis au fil des entretiens que je menais auprès d'un certain nombre d'entre elles, un ensemble d'éléments témoignant de l'importance qu'avait joué le ou la gynécologue dans leur parcours et plus particulièrement dans la remise en cause de leurs représentations du corps et de leurs pratiques contraceptives. Que de tels propos aient retenu mon attention a sans aucun doute partie liée au fait d'être moi-même une femme ayant de surcroît une expérience gynécologique, j'y reviendrai.

En outre, si la consultation avait de telles répercussions pour ces femmes en situation d'immigration, je m'interrogeais aussi sur la place qu'elle pouvait occuper dans la vie des femmes françaises en général. L'actualité de l'époque renforça cette interrogation puisque des milliers d'entre elles signaient des pétitions et manifestaient dans les rues pour revendiquer la réhabilitation de la gynécologie médicale supprimée de la formation de médecine depuis 1986 et pour exprimer leur attachement à cette consultation que les témoignages rapportés dans la presse présentaient comme un espace de parole et d'écoute privilégié pour les femmes. Si un premier parcours de la littérature me montra que la consultation de gynécologie n'avait jusqu'alors jamais fait l'objet en France d'une étude sociologique, je découvris néanmoins un ensemble de travaux qui, implicitement pour la plupart et explicitement pour quelques uns d'entre eux, interrogeaient cette consultation et plus particulièrement la nature de la relation établie entre le ou la gynécologue et ses patientes.

Les études sur le corps qui contribuent au dévoilement de la dimension sociale (Boltanski, 1971, Bourdieu, 1979), culturelle et historique (Elias, 1939, Mauss, 1950, Perrot, 1984, Vigarello, 1985) de sa construction attribuent à la médecine un rôle déterminant en ce qui concerne le corps féminin. Que ce soit à travers l'étude de pratiques aussi différentes que la sexualité (Bozon, 1993) ou l'alimentation (Fischler, 1993), ou celle des représentations véhiculées par les publicités (Nahoum-Grappe, 1996) ou les magazines (Remaury, 2000), la consultation de gynécologie médicale est à un moment ou un autre évoquée comme le lieu où le corps de la femme est supposé être soumis à un discours, à des traitements ou à des techniques qui participent à sa construction.

Indiscutablement, ce sont toutefois les recherches réalisées sur la médicalisation en tant que processus et sur les techniques par le biais desquelles elle est mise en œuvre qui ont orienté mon travail de manière décisive.

Le terme de médicalisation est apparu dans la littérature scientifique dans les années 70 et de nombreuses recherches ont depuis lors contribué à définir plus précisément ce concept qui

renvoie au processus par lequel des problèmes non médicaux sont définis comme des problèmes médicaux, la profession médicale étant mandatée pour y apporter des traitements (Conrad, 1992). La déviance et les processus naturels de l'existence constituent les deux axes principaux vers lesquels la médicalisation s'est plus particulièrement développée. Au titre des processus naturels de l'existence, il apparaît que les étapes physiologiques féminines, telles que l'accouchement, les menstruations, la reproduction ou encore la ménopause, ont plus particulièrement fait l'objet de cette médicalisation (Gélis, Shorter, Knibiehler, Vigarello) et ce de façon plus marquée encore à partir de la seconde moitié du XX^{ème} siècle (Aïach, Delanoë, 1998). La construction de la ménopause comme pathologie en est une parfaite illustration (Delanoë, 1998, 1999, 2001). Depuis les travaux de M. Foucault qui ont dévoilé le caractère politique du processus de médicalisation dont la famille « médicalisée-médicalisante » est devenue l'agent le plus constant devant garantir la reproduction de la famille et la santé de l'enfant, des sociologues (Zola, Illich ou Armstrong) ont abordé la médicalisation dans une approche critique et de dénonciation de l'impérialisme médical (Carricaburu, Ménoret, 2004). Les études féministes se sont également engagées dans la continuité de M. Foucault pour dénoncer la médicalisation du corps féminin comme étant l'expression d'une nouvelle forme de domination masculine (Pringle, 1998, Howson, 1998).

Techniques et pratiques médicales, considérées comme les moyens de mise en œuvre de cette médicalisation, ont fait l'objet de nombreuses recherches dans lesquelles la grossesse, l'accouchement, la sexualité et la contraception occupent une place de premier choix. Parce que la contraception médicale a constitué une véritable révolution dans la vie des femmes leur permettant *a priori* d'être libérées des conséquences reproductives de la sexualité, elle a retenu l'attention de démographes, de sociologues et d'anthropologues désireux de mesurer pour certains ses effets sur le contrôle de la reproduction (Baulieu, Léridon, Héritier, 1999) sur les comportements sexuels (Bajos, Bozon, Ferrand, Giami)¹ ou encore sur les rapports sociaux de sexe puisqu'elle introduisait *a priori* une égalité entre hommes et femmes en matière de sexualité (Fraisie, 1999, Héritier, 1999). D'autres chercheurs se sont penchés sur les conséquences du suivi médical qu'elle impliquait. En effet, dès les années 1980 la contraception est dénoncée comme étant la marque de l'inscription du pouvoir médical sur et dans le corps des femmes (Fellous, 1982, Sullerot *et alii*, 1988). Les études ultérieures ont révélé la production de normes contraceptives et reproductives qu'elle a contribué à consolider, normes s'imposant toutefois selon des modalités socialement et culturellement

¹ Etant donné la profusion des publications pour chacun de ces auteurs nous ne les mentionnons pas ici mais renvoyons à la bibliographie.

différenciées (Bretin, 1992, Bajos, Ferrand, 2002, 2006). La consultation de gynécologie médicale, au cœur de ces processus pour être le premier lieu de prescription des contraceptifs médicaux, est fortement questionnée à travers le maintien paradoxal du taux d'IVG malgré l'efficacité reconnue des contraceptifs médicaux utilisés. Les échecs contraceptifs apparaissent étroitement liés à l'inadéquation des méthodes contraceptives avec les situations sociales, affectives et relationnelles des femmes et questionnent directement la manière dont le choix de ces méthodes contraceptives a été réalisé dans le cadre de la consultation. Même si l'imposition des logiques médicales est attribuée à l'absence de formation des médecins sur les logiques sociales pouvant déterminer les comportements en matière de contraception (Bajos, Ferrand, 2002, Gelly, 2006), la force de cette imposition varie en fonction des structures médicales (Bretin, *op. cit.*). Toutefois, le discours médical se révèle d'une manière générale normatif et impose sa logique de telle manière que les femmes, ou tout au moins une bonne partie d'entre elles, obtiennent rarement l'écoute attendue (Bretin, *op. cit.*)

Pourtant, d'autres études aboutissent à des résultats très différents, contribuant par là-même à rappeler la dimension interactionniste du processus de médicalisation souligné par Conrad (1992). Sans remettre en cause la médicalisation du corps féminin, l'étude sociologique de la profession de gynécologue réalisée par M. Dagnaud et D. Mehl (1987, 1988), nuance néanmoins le rôle et la place du pouvoir médical dans ce processus. Si les auteures font le constat d'extraordinaires avancées techniques réalisées depuis les années soixante par la gynécologie, elles affirment toutefois que ce déploiement de technicité serait aussi, voire avant tout, le fait d'une exigence féminine exprimant les désirs « les plus flous ou les plus insolites » (1987 : 122). La spécialité serait « contrainte de s'adapter à l'évolution des mentalités. Ainsi, la contraception et l'avortement ont été imposés aux médecins par la collectivité » (*op. cit.* : 237), le gynécologue faisant alors figure de « magicien » : « face à l'irruption des désirs féminins, des plus éperdus aux plus étranges, le gynécologue a tendance à s'incliner, à fournir un artifice, une solution, à faire jaillir l'illumination, face à narcissisme à se muer en magicien » (*op. cit.* : 140). Que les femmes soient non seulement dans l'acceptation mais aussi dans l'attente de techniques toujours plus performantes est également le constat réalisé par B. Jacques (2007) dans le cadre de sa recherche sur l'accouchement. Si le souci de mettre au monde un enfant en parfaite santé et dans les meilleures conditions est la raison mise en avant par les femmes pour expliquer leur adhésion à la technicisation de l'accouchement, cela pose la question du choix dans les situations médicales où le patient est de plus en plus associé aux prises de décisions thérapeutiques le plaçant dans une position

d'acteur autonome, rationnel et supposé détenir le savoir nécessaire (Akrich, 1999). Le savoir des femmes sur ces techniques médicales mais également sur leur corps et son fonctionnement et, au-delà, l'articulation savoir profane et savoir scientifique dans les prises de décision ou les choix à faire en matière de méthodes contraceptives restent autant de pistes à explorer.

La confrontation de ces différents travaux impose de s'intéresser à l'interaction entre le ou la gynécologue et sa patiente. Adopter une telle démarche revient, là encore, à s'inscrire dans la continuité des travaux réalisés en sociologie de la médecine.

Si la relation patient/médecin a déjà été largement étudiée par les sociologues, entreprendre l'étude de celle qui caractérise la consultation de gynécologie médicale reste pertinent à plusieurs titres. Tout d'abord, parce que comme l'a montré Freidson (1984), l'activité médicale diffère non seulement en fonction des lieux où elle est pratiquée mais également des spécialités médicales. Par ailleurs, l'objectif de l'activité médicale ayant été défini comme étant l'éradication de la maladie, la majorité des travaux ont considéré la relation patient/médecin dans le cadre d'une interaction entre un médecin et un patient malade. Dans cette perspective, le caractère asymétrique de la relation a été démontré. Le rôle passif du patient tel que Parsons l'avait défini a été remis en cause par les interactionnistes (Hughes, Becker, Freidson, Strauss) qui partaient du principe que chacun des protagonistes engagés dans une interaction peut en influencer le déroulement. Leurs travaux ont consisté à repérer le rôle respectif des acteurs dans le travail thérapeutique et l'organisation du travail médical. Plus récemment, les études réalisées sur la communication entre médecins et patients ont montré les techniques mobilisées par les médecins pour maintenir leur position dominante dans l'interaction de la consultation (Heath, 1993).

L'activité de la consultation de gynécologie médicale consiste parfois à traiter des pathologies, elle se caractérise avant tout par la prévention et la prescription de la contraception médicale. Ainsi, si cette recherche s'inscrit dans une approche interactionniste et empirique de la relation patiente/gynécologue, il importe d'écarter la maladie du cadre de l'analyse et de l'observation de façon à être au plus près de l'activité principale de cette spécialité. Il s'agira alors de repérer l'objectif visé par les gynécologues, la manière dont il est défini et les représentations du corps sur lesquelles repose sa définition.

Enfin, force est de constater que la dimension du genre des acteurs engagés dans l'interaction n'a jamais retenu l'attention des sociologues. Cela tient certainement au fait que la féminisation des professions de santé est relativement récente sur l'échelle de l'histoire de la

médecine. Néanmoins, même si la féminisation des professions de santé fait depuis quelques années l'objet de quelques recherches, elle suscite encore peu d'intérêt en sciences sociales (Lapeyre, Le Feuvre, 2005). Plusieurs lectures sont faites de cette féminisation. L'une d'entre elles consiste à considérer les femmes médecins comme des « médecins comme les autres » (Mossuz-Lavau, De Kervasdoué, 1997) qui reproduiront les modes d'exercices hérités de leurs prédécesseurs masculins (Lapeyre, 2004). Plus généralement, la féminisation de la profession médicale est perçue comme pouvant entraîner la dévalorisation de la profession dans la mesure où les femmes ont un rapport au temps et à la disponibilité professionnelle différent de celui des hommes (Cacouault, 2001). La gynécologie médicale se caractérisant par l'un des taux de féminisation parmi les plus importants des professions de santé, il conviendra d'y accorder une attention toute particulière d'autant que les gynécologues femmes présentent leur identité de genre comme une plus-value professionnelle et un atout pour l'écoute et la santé des femmes.

La construction de mon objet est indissociable du travail d'enquête réalisé et plus particulièrement des conditions d'accès au terrain, des statuts qui m'ont été conférés au cours des observations et du travail réflexif engagé.

Le déroulement de l'enquête

Le déroulement de l'enquête ne se limite pas, bien évidemment, aux moments du recueil des données sur le terrain. Tous les événements qui se situent en amont, à savoir les conditions d'accès au terrain, les négociations auxquelles elles donnent lieu, les refus qui peuvent être opposés, constituent autant d'éléments qui demandent réflexion et analyse en ce qu'ils sont porteurs de sens et contribuent à la connaissance et à la compréhension de l'objet. Les difficultés rencontrées pour accéder au terrain, en dehors du fait de constituer des obstacles au bon déroulement de l'enquête, sont des effets induits suscités par l'enquête et « *l'analyse de ces effets prend nécessairement place dans le questionnement sociologique* » (Schwartz, 1993 : 273). Obtenir le « droit d'entrée » (Darmon, 2005) sur le terrain représente un temps de l'enquête qui peut être plus ou moins long, bouleversant le calendrier fixé, et comporte des types de négociations différenciées selon les méthodes d'investigation préalablement déterminées par le sociologue. C'est pourquoi j'ai fait le choix de distinguer dans le

déroulement de l'enquête les conditions d'accès au terrain pour chacun des outils méthodologiques mobilisés.

Négocier le droit d'entrer sur le terrain

Eliot Freidson (1984) expliquait que ce n'était pas tant la formation du médecin qui déterminait son comportement que le milieu dans lequel il exerçait sa profession, et c'est en quelque sorte dans cette affirmation que s'inscrivait ma volonté de faire des observations dans les différents lieux d'exercice de la gynécologie médicale. Le cabinet libéral, le centre hospitalier et les PMI sont les lieux que je comptais investiguer. Mon objectif était alors de voir dans quelles mesures l'institution pouvait constituer une variable déterminante dans l'exercice de la gynécologie et de repérer les facteurs intrinsèques à chacun de ces lieux qui entraînaient des différences dans le traitement de la relation entre le gynécologue et la patiente.

Chaque terrain d'enquête comporte son lot de surprises et de difficultés et je n'ai pas tardé à en rencontrer. Aux difficultés d'ordre purement administratif s'ajoutaient celles liées à la dimension « intime » qui caractérise la consultation gynécologique. Nous verrons qu'en fonction des lieux où est exercée la gynécologie médicale les modalités d'entrée sur le terrain diffèrent considérablement. Si ma présence dépend exclusivement d'un accord oral avec le médecin dans le cas d'un cabinet libéral, elle implique en revanche l'obtention d'une succession d'autorisations formelles et formalisées relatives à la hiérarchie institutionnelle des centres hospitaliers et de PMI.

Les difficultés rencontrées auprès des PMI

Les difficultés administratives auxquelles je fus confrontée concernent plus spécifiquement les PMI gérées par les conseils généraux. L'obtention d'une succession d'autorisations, comme préalable à la réalisation de l'enquête, constitua une étape longue s'étalant sur une année. Le conseiller général exigea qu'une convention de stage de six mois soit établie entre le conseil général et mon université de rattachement. Cette convention, obtenue dans un délai de trois mois, me donnait l'autorisation de négocier mon droit d'entrée dans les centres auprès

de la coordinatrice départementale de la gynécologie, le Dr O.. Au terme de nos entretiens (3 au total), un troisième niveau de négociation m'était accordé auprès de la directrice d'un centre de PMI sélectionné par le Dr O. selon des critères qui, de son point de vue, étaient particulièrement pertinents pour une enquête sociologique. Elle me dirigeait ainsi vers un centre fréquenté par une population jeune (15-25 ans) et d'origines culturelles variées. Parvenue à ce stade de la négociation, la convention de stage avait expiré et toutes les démarches étaient à reprendre. Lorsque je pris enfin contact avec le centre désigné, je constatais que trois gynécologues, un homme et deux femmes dont l'une était directrice du centre, y exerçaient conjointement ou alternativement. Conviée à une réunion avec les membres de l'équipe, à laquelle seul le gynécologue homme ne participait pas, je formulais ma requête d'observer les trois gynécologues du centre. La directrice m'opposa un refus catégorique sous prétexte que sa consultation était uniquement « technique » et, de ce fait, ne présentait aucun intérêt pour la sociologue. Sa collègue prit appui sur cet argument pour me refuser également l'accès à sa consultation. En revanche, il apparaissait clairement pour les membres de l'équipe que la consultation du Dr Z. présentait un intérêt sociologique parce qu'il était d'origine italienne. L'argument, peu convaincant, laissait entendre que la motivation réelle de cette décision était toute autre. Elle pouvait être révélatrice d'une méfiance à mon égard étant donné que ma présence dans le centre était liée à des négociations avec l'administration, négociations qui, comme le souligne Peretz (2004), amènent très souvent les observés à considérer l'observateur comme « un espion » et à le positionner clairement « du côté » de la direction. M'autoriser à observer les consultations du gynécologue homme pouvait être un moyen de se dégager de cet « espionnage » tout en se conformant à la décision du conseil général. Néanmoins, une intuition m'incitait à dépasser cette hypothèse et à poursuivre mes investigations. Au terme de plusieurs entretiens téléphoniques avec la directrice du centre, je lui dis l'inconfort dans lequel je me trouvais d'observer les consultations de ce gynécologue sans avoir obtenu son accord. J'ajoutais que je soupçonnais des raisons tenues secrètes et affirmais renoncer à travailler dans leur centre tant qu'on persisterait à me cacher les motivations réelles de cette décision. Devant mon insistance, la directrice, très mal à l'aise, m'expliqua que des plaintes avaient été déposées par des patientes accusant ce gynécologue d'attouchements sexuels. Mon travail d'observation était une façon d'exercer un contrôle sur ce médecin et le conseil général attendait un rapport écrit de ma part. Il s'agissait donc de m'utiliser à des fins dépassant largement le cadre de ma fonction et dans une perspective déontologiquement inacceptable, sans compter le poids des responsabilités encourues si cette affaire était portée en justice. Rappelant le rôle et la fonction

du sociologue, je refusai donc catégoriquement de mener des observations dans ce centre et me contentai, dans un premier temps, de mener des entretiens avec les patientes en salle d'attente puisque l'accès m'y avait été autorisé.

Ces entretiens ne pouvaient être enregistrés du fait de la configuration de l'espace dans lequel ils étaient menés. Je n'en réalisai qu'une dizaine en raison du caractère hostile de l'accueil qui m'était réservé depuis mon refus de coopérer. La psychologue de l'équipe, très intéressée par mon travail, essaya de me retenir en me proposant de faire des observations de ses consultations, ce que j'acceptai autant par politesse que par intérêt. Ces observations me donnaient à voir une interaction aux modalités différentes mais aux enjeux proches de la gynécologie puisqu'il s'agissait des consultations liées aux demandes d'interruption volontaire de grossesse. J'observai ainsi l'interaction entre la psychologue et des patientes que j'avais précédemment interrogées en salle d'attente. Force était de constater que le discours livré par les femmes en entretien sur les circonstances de la survenue de leur grossesse différait considérablement de celui qu'elles tenaient ensuite dans la consultation avec la psychologue, alors même que j'étais présente. Il aurait été très intéressant de pouvoir assister à la consultation avec la gynécologue pour voir quel récit elles délivraient alors dans le cadre de cette consultation. On peut imaginer qu'en fonction des enjeux de la consultation, les femmes construisent un discours qui leur semble le plus adapté sans en avoir forcément conscience, comme peut le laisser supposer le fait qu'elles changeaient de discours y compris en ma présence. Néanmoins, la complexité de la situation dans laquelle se trouvaient ces femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse, confrontées au jugement moral de la famille, à l'abandon du petit ami, aux contraintes financières etc., explique sans aucun doute la confusion qui caractérisait la présentation de soi, et ne permet pas de dépasser le cadre de l'hypothèse ou de l'interrogation. Je décidai rapidement d'arrêter ces observations et ne retournai plus dans ce centre.

Entre temps, j'avais eu la chance de pouvoir me rendre dans un autre centre de PMI d'une petite ville de l'Essonne, de classe moyenne à supérieure. Une gynécologue, rencontrée par l'intermédiaire d'un ami, avait accepté que je suive ses consultations en faisant fi de toutes ces démarches administratives, certainement parce qu'elle était démissionnaire, ce que j'appris plus tard. J'ai ainsi pu observer une quinzaine de ses consultations.

Les démarches auprès des centres hospitaliers

Les deux centres hospitaliers ayant accepté ma demande ont, pour l'un exigé une convention de stage, l'autre est passé outre cette formalité administrative : le chef de service suggérant que je pourrais en contre partie de la faveur qu'il m'accordait lui offrir mon aide et mes connaissances pour la rédaction d'un livre qu'il avait en projet sur les femmes ménopausées. Il disait connaître *particulièrement bien ces femmes* mais aussi que mes connaissances pouvaient sans doute apporter une caution scientifique supplémentaire et que, surtout, je pourrais assurer le travail d'écriture auquel il n'avait pas de temps à consacrer. Très surprise d'être à nouveau aux prises avec des enjeux inattendus, je n'ai ni refusé ni accepté mais je l'ai remercié de cette offre dont je me disais être honorée et j'ai réorienté la conversation sur l'organisation des consultations de gynécologie de son service. Cette négociation, qui en fait n'en était pas une, s'inscrivait surtout dans un rappel convenu des principes du don contre-don car il ne fut plus jamais question de ce projet d'écriture.

Au total, j'ai ainsi pu observer deux cent soixante cinq consultations dans ces deux centres hospitaliers parisiens. Ces observations ont été réalisées auprès de sept gynécologues dont trois hommes et quatre femmes.

Rythme des observations

Même si la question du rythme des consultations sera abordée plus loin, il est dès à présent nécessaire de dire un mot de la fréquence des observations réalisées. Observer une consultation requiert une attention soutenue et rigoureuse afin que rien n'échappe à l'observateur. Les consultations d'une durée moyenne de quinze minutes s'enchaînent sur un planning souvent très chargé. Une matinée représente ainsi entre neuf et douze consultations selon les gynécologues. Pour l'observateur, il est alors très difficile de maintenir la concentration sur la longueur surtout en raison du rythme auquel se succèdent les consultations. De plus, chaque médecin adopte un enchaînement des actes et des paroles tout à fait personnel sans toutefois être complètement original et qui peut, s'il n'y prend garde, emporter pour ne pas dire aveugler l'observateur.

Lorsque plusieurs gynécologues consultaient en même temps dans le même service, la solution, « idéale » à mes yeux pour gérer ces difficultés, était d'alterner les observations d'un

médecin à l'autre sur un rythme de cinq consultations. Cela présentait aussi l'avantage de ne pas avoir le sentiment de soumettre le gynécologue à une observation trop pesante même si j'avais aussi l'impression de me fondre parfois dans le décor au fil des consultations. Pour preuve, si le médecin prenait le temps de me présenter aux premières patientes, très vite il négligeait cette formalité se corrigeant lorsque le regard interrogateur de la patiente s'attardait longuement sur ma personne. Cette alternance, méthodologiquement opératoire, n'était malheureusement pas toujours possible soit en raison de l'absence d'un autre gynécologue acceptant ma présence, soit parce que des externes en médecine étaient présents dans les autres consultations². Aussi ai-je fait le choix de limiter mes observations à une ou deux matinées par semaine lorsque ma présence n'était pas inscrite sur une durée déterminée. Ainsi, dans les deux centres hospitaliers, mes observations se sont échelonnées sur une longue période depuis mars 2001 jusqu'à janvier 2004³.

En PMI comme dans le cabinet libéral, les termes du contrat oral passé avec les gynécologues exigeaient que mes observations soient regroupées sur trois jours pleins dans le premier cas et deux journées dans le second. Faire des allers-retours entre le terrain et les travaux de lecture et d'écriture s'est avéré aussi incontournable que nécessaire. S'éloigner du terrain permet en effet de prendre de la distance et le recul nécessaire à l'objectivation.

Prendre des notes pendant la consultation n'est pas toujours possible. Il importait en effet d'être attentive aux déplacements du gynécologue puis de la patiente mais aussi aux techniques du corps à l'œuvre tant au moment du déshabillage que de l'examen gynécologique. Tous ces relevés ethnographiques ont été retranscrits *a posteriori*. Ces retranscriptions ont pu être affinées et surtout vérifiées par la multiplication des observations. Les discours tenus dans le cadre de la consultation faisaient en revanche l'objet de prises de notes immédiates afin d'éviter la subjectivité que pouvait constituer une retranscription ultérieure. La simultanéité de l'écoute et de l'observation entraînait souvent l'impression d'être submergée par les informations et de faire sur le coup une sélection des éléments à noter en priorité. Si ce déplacement entre le regard et l'écoute caractérise la majorité des enquêtes ethnographiques (Schwartz, *op. cit.*), la durée et le rythme de la consultation impliquent que l'accent ne soit pas porté alternativement mais simultanément sur l'écoute et le regard et se révèlent de ce fait être des contraintes qu'il importait de contourner. Pour cette

² Il était convenu que les externes étaient prioritaires et que je devais me retirer lorsqu'ils demandaient à assister aux consultations. Pour cette raison, très souvent alors même qu'il était convenu que je suive un gynécologue sur l'ensemble de ses consultations d'une matinée, je fus contrainte de renoncer à cause de l'arrivée d'un(e) externe et de prendre rendez-vous à une date ultérieure.

³ J'ai ponctuellement par la suite effectué quelques observations de consultation dans un des centres hospitaliers.

raison, j'ai par moment pris la décision d'abandonner l'un ou l'autre le temps de quelques consultations. Mais rapidement le sentiment de laisser passer des détails importants me replongeait dans le parti pris initial de mener de front l'écoute et l'observation.

Si la présence de la sociologue a été favorablement accueillie par les gynécologues en centre hospitalier, elle fut systématiquement refusée en cabinet libéral, y compris par les gynécologues qui l'avaient acceptée dans le cadre de leurs consultations hospitalières. Tous ont alors légitimé leur refus en affirmant que la consultation en cabinet de ville serait « beaucoup trop intime » et que la présence d'une tierce personne en modifierait non seulement le déroulement mais aussi le contenu. A défaut de pouvoir le constater moi-même et après une période de découragement, il m'est apparu essentiel d'analyser ce refus afin de tester l'idée d'une prétendue différence.

Analyse du refus du cabinet libéral

En cabinet libéral je n'ai eu que des refus y compris de la part des gynécologues qui m'ont acceptée dans leur consultation hospitalière. Leur refus est toujours motivé par le fait que la consultation en cabinet est « beaucoup trop intime » et que les patientes refuseraient ma présence ou que sans oser s'y opposer, elles ne seraient pas à l'aise. La plupart ont légitimé cette opposition en affirmant que la présence d'une tierce personne modifie le déroulement mais surtout le contenu de la consultation en me donnant cet exemple :

« lorsqu'elles viennent avec leur fille ou avec leur mari, elles ne sont plus les mêmes et la consultation est vraiment différente ». (Dr J.)

Il est bien évident que, même si la présence d'une tierce personne peut effectivement interagir sur le « colloque singulier » patient / médecin, l'identité de cette tierce personne constitue une variable déterminante et, de ce point de vue, me mettre au même niveau que le mari n'est pas pertinent.

L'intime est au cœur de la consultation gynécologique et ce quelque soit le lieu où elle est pratiquée. De fait, parce que les parties intimes du corps y sont mises à nu et explorées, se pose la question de la gestion de l'intime dans la consultation. Constitutive à la spécificité de cette consultation, cette gestion de l'intime corporel se pose de la même façon en cabinet

et à l'hôpital. L'intime dont parlent les gynécologues renvoie en fait à une autre dimension que celle du corps exposé, celle de la « confiance ». L'exemple d'une matinée d'observation des consultations du Dr K. illustre parfaitement le sens conféré par les gynécologues à cet « intime ».

La plupart des patientes ce matin là ont exprimé une angoisse, un mal être, un état dépressif ou le désir de parler d'une situation ou d'un événement familial. Chaque fois la gynécologue a mis très rapidement fin à la confiance, comme avec cette patiente régulière âgée de 45 ans. Après l'examen gynécologique :

Patientes : « *Je suis très déprimée. Mes filles sont toujours à la maison et ne veulent pas aller à l'école* »

Dr K. : « *Elles sont toujours suivies ?* »

Patientes : « *Oui* »

La gynécologue est ensuite passée au renouvellement de son ordonnance. Cette autre femme de 40 ans annonce pendant l'examen gynécologique « *vous savez que ma nièce est revenue avec un bébé ?* ». La gynécologue répond alors à voix basse « *ah bon* » puis d'enchaîner « *vous pouvez vous rhabiller* ».

Au terme de la matinée, le Dr K. me dit ceci :

« *Votre présence a vraiment modifié le comportement de mes patientes qui ordinairement se confient à moi, me racontent leur vie et comme vous avez pu le constater vous même ce ne fut pas le cas ce matin* ».

Mon constat est tout autre : les patientes qui avaient eu cette démarche de confiance n'ont pas eu l'écoute et l'avis attendu du gynécologue.

Le Dr I. qui n'exerce qu'en centre hospitalier me disait son étonnement face à la facilité des femmes à parler

« *Je suis étonnée à quel point elles sont prêtes à délivrer tout, si je les laisse faire, elles sont prêtes à rester une heure. Elles parlent de leur intimité avec une facilité étonnante. Je le ressens tous les jours* ».

La consultation gynécologique serait le lieu d'une confiance de la part des patientes à laquelle le gynécologue décide de répondre ou pas en « injectant une dose psy » ainsi que le soulignent Dagnaud et Mehl (1987) mais « dose psy » pour laquelle la plupart n'ont aucune

formation et qui constitue un aspect très subjectif de leur pratique, les faisant passer du registre professionnel à un registre plus personnel.

De ces exemples il apparaît que le caractère intime dont parlent les gynécologues repose sur la confiance des patientes et que cette confiance existe tout autant à l'hôpital. Dire que la consultation en cabinet libéral est « *beaucoup trop intime* » c'est donner une image mystificatrice de cette consultation et y accepter ma présence viendrait rompre le contrat implicitement établi avec les patientes sur la base d'une intimité pour laquelle elles acceptent de payer des honoraires plus élevés qu'à l'hôpital.

Alors que tout espoir s'évanouissait, une gynécologue, rencontrée par le biais de relations amicales, accepta ma présence dans vingt-quatre des consultations dispensées à son cabinet libéral situé dans la banlieue ouest de Paris. Outre le fait que cela venait compléter mon panel d'observations, cela permettait aussi de tester mon analyse du refus entreprise entre temps.

S'il m'a finalement été permis de mener des observations en centre de PMI ainsi qu'en cabinet de ville, il reste que la majorité des matériaux de terrain sont issus de celles réalisées en centres hospitaliers.

Je n'ai eu accès à aucune donnée statistique sur les usagers des lieux de consultations observées. En revanche, les questionnaires distribués en salle d'attente fournissent des indications sur l'origine sociale des femmes. Il apparaît que les patientes des deux centres hospitaliers dans lesquels j'ai effectué mon terrain sont majoritairement issues des classes moyenne et supérieure avec une large majorité de femmes cadres (64%)⁴. Néanmoins, une certaine diversité des origines est représentée. Font en effet partie de l'échantillon des femmes employées, ouvrières, retraitées de la fonction publique, étudiantes et également d'origines culturelles variées (portugaises, espagnoles, maghrébines, noires africaines, indiennes et antillaises). Malgré la relativité de ces données, puisque toutes les patientes n'ont pas rempli le questionnaire⁵, les constats n'apparaissent pas discordants avec l'ensemble des femmes fréquentant ces deux établissements. Pour avoir fréquenté un centre hospitalier de la Seine

⁴ Cela rejoint les données d'une enquête de la DREES, réalisée en 2002 « Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? », Etudes et résultats, n°167. Nous reviendrons ultérieurement sur cette question dans la 1^{ère} partie.

⁵ Nous verrons plus loin que la distribution des questionnaires a fait l'objet d'une sélection des patientes de la part des infirmières.

Saint-Denis dans le cadre d'un projet de recherche sur les femmes séropositives⁶, il apparaît clairement que la clientèle est représentative de la population majoritairement implantée dans le secteur géographique du centre. Il en va ainsi pour les centres de PMI, même si la gratuité introduit un biais de recrutement déterminant alors que l'aspect financier ne semble pas constituer un critère sélectif opératoire pour les centres hospitaliers où le coût d'une consultation est réduit au ticket modérateur, nous y reviendrons. Néanmoins, malgré une expérience chaotique en PMI, il m'a été donné de comprendre que ces centres procédaient à un tri sélectif de leur clientèle par le biais d'un recrutement effectué par mailing⁷. Ainsi, d'une PMI à l'autre le type de patiente peut être très variable, non seulement en fonction de la population majoritairement implantée dans le secteur géographique, mais aussi du mode de recrutement opéré.

Pour ce qui est du cabinet de ville, là encore le lieu d'implantation géographique joue un rôle majeur dans le recrutement de la clientèle. Les gynécologues libéraux interrogés présentaient une clientèle très différente : l'une était majoritairement constituée de femmes immigrées d'origine portugaise, l'autre de femmes de classe moyenne, une autre encore de femmes de classe supérieure⁸.

Le questionnaire

Même si l'observation est l'outil méthodologique premier et privilégié, le recours à d'autres outils s'imposait. Très rapidement en effet, je pris conscience que les patientes observées n'avaient d'existence pour moi que le temps de la consultation. Si un premier rendez-vous amenait le médecin à poser des questions sur la trajectoire de la patiente jusqu'à son cabinet, les consultations inscrites dans un suivi régulier ne me donnaient aucune prise sur l'histoire de la patiente ni sur ses caractéristiques sociales. Le questionnaire s'est imposé comme l'outil pouvant apporter des éléments de réponses sur ces aspects. Leur profession, leur état civil, le nombre de gynécologues consultés, les circonstances de la première consultation, les critères de sélection, la préférence pour un ou une gynécologue, l'histoire gynécologique étaient autant de points abordés dans le questionnaire⁹. Distribués en salle d'attente par mes soins, les

⁶ Projet de recherche ANRS sur les femmes séropositives qui échappent au traitement au décours de leur accouchement.

⁷ J'ai en effet pu constater que les centres envoyaient des courriers à toutes les femmes ayant accouché et résidant dans des zones pavillonnaires.

⁸ Par majoritaire j'entends une représentation oscillant entre 50 et 60%.

⁹ Annexe 3

femmes y répondaient volontiers soit seules soit sur leur demande en ma compagnie ce qui avait l'avantage de se transformer en entretien semi-directif la plupart du temps. Cependant, le temps passé en salle d'attente représentait du temps en moins passé à observer les consultations. De plus, les patientes interrogées par questionnaire devenaient des patientes non observées en situation de consultation. Le recours à la collaboration des infirmières chargées de préparer les dossiers des patientes inscrites sur les plannings de rendez-vous exigea une approche négociée. Je les avais entendues régulièrement se plaindre de leur charge de travail et exiger d'elles de distribuer des questionnaires pouvait accentuer cette réalité ou, en tout cas, faire naître le sentiment d'une surcharge. J'ai alors pris la décision de mener des entretiens avec ces infirmières et de leur demander de remplir ces questionnaires. Non sans plaisir, voire même avec une certaine satisfaction de pouvoir dire et être écoutées, elles ont toutes accepté la démarche que j'avais pris soin de leur exposer. D'elles-mêmes, elles se sont proposées de distribuer le questionnaire aux patientes qu'elles recevaient systématiquement avant la consultation afin de prendre leur tension et d'enregistrer leur poids. L'une d'entre elles a pris l'initiative de distribuer les questionnaires en mon absence. Au cours d'une matinée passée en observation des consultations, je constatais que l'infirmière, en poste ce jour là, avait distribué un faible nombre de questionnaires, en tout cas nettement inférieur au nombre de patientes inscrites sur le planning et effectivement reçues en consultation. L'infirmière interrogée sur la quantité de questionnaires remplis, expliqua qu'elle ne l'avait distribué qu'aux patientes qui lui semblaient disposées à comprendre la démarche et à l'accepter. Confier la distribution de ces questionnaires comportait un biais évident plus ou moins important selon l'infirmière en poste. Même si la démarche adoptée est loin d'être idéale, elle a néanmoins permis de recueillir des données sur la moitié des patientes des consultations observées.

L'entretien

Dans les questionnaires distribués, j'invitais les patientes à préciser leurs coordonnées téléphoniques dans la perspective d'un entretien. La moitié des femmes ayant accepté de remplir le questionnaire ont communiqué leurs coordonnées laissant entendre qu'elles étaient disposées à m'accorder un entretien. Seuls dix entretiens ont pu ainsi être réalisés au domicile de ces femmes, les autres regrettant d'être « finalement » indisponibles ou n'ayant « tout compte fait » rien à me dire. Au cours des entretiens réalisés, le questionnaire servait de

support à l'entretien, permettant d'approfondir les données écrites et surtout de les resituer dans la trajectoire de la personne interrogée.

Ne mener des entretiens qu'auprès des seules patientes des centres qui constituaient le cœur de mon terrain, représentait d'une certaine manière le risque d'enserrer mon étude aux limites de ce terrain et de passer à côté de ce qui se déroule en d'autres lieux de consultation. Les réseaux amicaux et professionnels¹⁰ se sont montrés d'une grande efficacité pour rencontrer des femmes disposées à m'accorder un entretien. Vingt entretiens formels et enregistrés ont ainsi été réalisés chaque fois au domicile des femmes. Rapidement, il est également apparu que les femmes étaient beaucoup plus loquaces et promptes à parler de leur gynécologue et plus généralement de la consultation gynécologique en dehors du cadre formel de l'entretien. En tendant l'oreille, j'ai aussi pu recueillir des bribes de conversations entre femmes dans le RER ou le métro, données qui n'auront d'autre fonction que de venir conforter mes analyses et d'encourager l'exploration de certaines pistes.

De la même façon, des conversations informelles tenues dans des cadres variés (professionnel, amicaux, sportifs,...) se sont révélées être une source de matériaux très féconde. Il suffit de dire que l'on travaille sur la consultation gynécologique pour déclencher un flot de témoignages, de récits, de commentaires ou encore de questions comme « *ah, vous allez alors peut-être pouvoir m'expliquer pourquoi ma gynécologue à chaque fois...* » ou bien « *alors qu'est-ce que vous en pensez de ces traitements hormonaux à la ménopause ? Faut-il s'y soumettre ou est-ce trop dangereux ?* ». Très souvent, au terme de ces conversations informelles, des femmes s'étonnaient d'avoir pu échanger et dire des choses de leur expérience gynécologique alors qu'elles n'en avaient jamais parlé auparavant, y compris avec leurs amies proches. On peut émettre l'hypothèse que mon statut de chercheur, neutralisant la nature de nos liens, ainsi que mon identité sexuelle conféraient une légitimité à ces confidences. De plus, en travaillant sur la gynécologie, j'étais à leurs yeux détentrice d'un savoir médical sur la gynécologie et le fonctionnement de l'appareil génital féminin, savoir sur lequel mon statut de sociologue me permettait de porter un regard critique et distancié. En quelque sorte, je faisais figure « d'expert ». Par ailleurs, et j'y reviendrai plus loin, ces flots de paroles et de questions, sont à la fois l'expression, tant dans leur production que dans leur contenu, des insatisfactions et des difficultés que les femmes éprouvent vis-à-vis de la consultation gynécologique. Ma présence offrait à ces femmes l'occasion de dire « toutes ces choses » n'ayant pas d'autres espaces propices ou légitimes pour être exprimées. Ces premiers

¹⁰ J'occupais depuis la reprise de mes études un poste à mi-temps annualisé à l'UCPA sur la plate-forme téléphonique.

constats viennent nuancer ou interroger l'hypothèse selon laquelle la parole sur le corps et la sexualité serait plus facile pour les femmes (que pour les hommes), habituées qu'elles sont à cet exercice dans le cadre de la consultation gynécologique puisque des conditions particulières semblent devoir être réunies pour permettre cette parole (Bozon : 1993 ; Durif-Bruckert : 1994). Mais là encore, j'y reviendrai plus loin.

Je demandais systématiquement à ces informatrices si elles acceptaient que je retranscrive nos conversations afin de les considérer et de les mobiliser comme des matériaux de terrain. Assurées du respect de l'anonymat, elles ont toutes accepté me laissant parfois entendre qu'elles auraient été déçues que je ne fasse rien de leurs paroles.

Afin de croiser leur discours avec l'observation de leur pratique, j'ai bien évidemment interrogé des gynécologues hommes et femmes. Obtenir un entretien avec un gynécologue s'est avéré compliqué pour plusieurs raisons. La première est liée à leur charge de travail importante et il était bien difficile d'intercaler un entretien dans leurs agendas surchargés. J'ai informé par courrier quatre-vingt gynécologues libéraux de ma démarche en les prévenant d'une prise de contact téléphonique ultérieure. Si la plupart m'ont réservé un bon accueil manifestant parfois un intérêt marqué pour mon travail, me recevoir en entretien dans le cadre de leur activité libérale impliquait pour eux de prendre du temps sur leurs consultations. Cela représentait par voie de conséquences un manque à gagner de la valeur du nombre de consultations « sacrifiées ». L'hypothèse du manque à gagner se confirma lorsque je constatai que tous les gynécologues libéraux contactés dans le cadre de leur cabinet de ville et qui m'avaient accordé un entretien, me recevaient dans le cadre de leur consultation hospitalière ou au centre de PMI où ils assuraient une permanence. Seule une gynécologue interrompit ses consultations le temps de notre entretien à son cabinet. La deuxième raison s'avère donc être d'ordre financier. Sur les quatre-vingt gynécologues contactés, quatorze ont accepté de me recevoir parmi lesquels seulement quatre en ont permis l'enregistrement.

Très réticents, ils se sont appliqués à livrer un discours très construit sur leur profession, leur rôle, leurs patientes, les femmes et la féminité d'une manière plus générale. Le temps accordé pour chaque entretien s'est échelonné entre une heure et une heure trente.

Ainsi que le souligne C. Vassy (1998), les secrétaires médicales représentent de véritables charnières entre les patients et l'équipe hospitalière et peuvent de ce fait exercer une réelle mission de coordination. C'est pourquoi des entretiens tout à fait informels ont été réalisés auprès des secrétaires médicales. Toutes m'ont réservé un accueil chaleureux, heureuses de constater la présence d'une sociologue dans l'enceinte de l'hôpital. La sociologue revêtait

dans leur imaginaire le statut de consultant. A leurs yeux j'étais dans l'hôpital pour relever les problèmes et apporter des solutions. Leur principale revendication était d'obtenir des bureaux fermés afin d'offrir une plus grande intimité aux patientes qui « *souvent viennent pleurer auprès de nous parce qu'elles n'osent pas devant le médecin* ». En effet, leur mission d'accueil les fait régulièrement sortir de leur rôle professionnel strictement défini et les amène à gérer une charge émotionnelle très forte dans la communication (Vassy, *op.cit.*).

Littérature médicale et magazines de santé

Les récits de pratique constituent un matériau complémentaire dans lesquels les gynécologues, à travers l'exercice libre de l'écriture, mettent en scène leur pratique en insistant sur ce qui en fait la spécificité. Ils offrent également un discours sur les femmes qu'il était intéressant de croiser avec les données issues de l'observation. Six ouvrages ont ainsi été étudiés. La littérature médicale tant les manuels destinés aux étudiants de médecine que les traités de gynécologie ainsi que les revues spécialisées ont été étudiés afin de mettre en perspective théorie et pratique. Enfin, la presse de santé explicitement destinée aux femmes a régulièrement été consultée afin de repérer les messages délivrés sur le suivi gynécologique et tenter d'en mesurer l'impact dans le discours produit par les patientes en consultation.

Les effets induits de l'enquête

Accueil du sociologue

Observer une consultation, c'est pénétrer dans un espace d'intimité et de confidentialité. C'est aussi observer deux protagonistes dont il faut obtenir l'accord. Si j'avais l'approbation des sept gynécologues que j'ai suivis, une d'entre eux, le Dr G., n'était pas très à l'aise. Elle m'a tout d'abord accueillie très froidement me demandant de m'installer dans « *un petit coin* » et a souligné, alors que la première patiente prenait place dans le cabinet « *ça ne va pas être évident que ça marche car j'ai vu que les patientes vous regardaient d'un drôle d'air* ». Je n'ai, cependant, été confrontée à aucun refus de la part de ses patientes. Sur la totalité des

consultations auxquelles je me suis présentée, deux patientes ont refusé ma présence.¹¹ Intervenues consécutivement, ces refus m'ont amenée à craindre sur le coup, et à tort, une réaction en chaîne de toutes les patientes présentes dans la salle d'attente. Ils m'ont aussi conduite à analyser plus précisément le « succès » que j'avais jusqu'alors rencontré et qui caractérisera les consultations que j'ai suivies par la suite.

Il serait tout à fait légitime d'attribuer ce « succès » en partie à la « blouse blanche ». Je la portais tant par respect des lieux et des règles qui y sont édictées que pour répondre à la demande exprimée par les gynécologues hospitaliers. Cette blouse blanche me conférait un autre statut que celui de sociologue. Elle symbolisait, en effet, implicitement mon appartenance au corps médical et plus particulièrement au rang des médecins et des externes¹². Même si les gynécologues me présentaient comme faisant une thèse de sociologie sur la gynécologie, je restais, dans l'imaginaire des femmes, assimilée à une étudiante de médecine. En effet, nombreuses ont été celles qui légitimèrent ma présence par un « *c'est normal car il faut bien apprendre* » ou par un « *si vous voulez être un bon gynéco il faut bien savoir comment il faut faire* ». Cette assimilation au personnel de l'hôpital m'était également signifiée dans les couloirs par des demandes de femmes quant au médecin qu'elles devaient consulter, ou au service auprès duquel elles devaient s'adresser pour un problème donné. Une gynécologue renforçait même ce statut en me demandant d'inviter moi-même les patientes à s'installer dans le cabinet afin que je puisse leurs poser quelques questions avant qu'elle ne commence la consultation. Difficile aussi de distinguer mon statut lorsque j'assistais aux consultations aux côtés d'externes. Par respect pour les patientes, je m'effaçais devant l'arrivée des étudiants de médecine afin de ne pas leur imposer un regard supplémentaire ce que parfois contestaient les gynécologues : l'un deux rappelant que l'on était à l'hôpital et que cela faisait partie des règles auxquelles les femmes devaient savoir se conformer.

Même si cette blouse blanche m'a parfois placée dans une situation inconfortable, par exemple lorsque je ne pouvais répondre aux questions de certaines femmes, ne me sentant pas

¹¹ L'une d'elle, ayant attendu suffisamment longtemps en salle d'attente pour repérer ma présence dans la consultation de son gynécologue, m'interpella alors que je profitais d'un appel téléphonique du médecin pour faire une pause et me précisa à ce moment là qu'elle ne souhaitait pas me voir assister à sa consultation *parce que la consultation gynécologique c'est déjà suffisamment galère comme ça pour en plus devoir faire face à votre présence. Je suis désolée mais espère que vous comprenez*. Quelques minutes après notre conversation, une autre patiente m'interpella à son tour pour m'informer qu'elle n'acceptera pas ma présence dans la consultation avec le Dr M. *parce que j'ai des choses très personnelles à lui dire*.

¹² Comme le souligne Peneff (1992), la fonction des personnels hospitaliers est rendue visible par l'attribution d'un vêtement de travail différent à chacune de ces fonctions.

à la hauteur de ce que je leur signifiais en la portant, elle a été sans aucun doute un vecteur d'intégration¹³.

Son rôle ne doit cependant pas être surévalué. En PMI comme en cabinet libéral, les gynécologues n'ont pas souhaité que j'en porte alors qu'elles mêmes en étaient vêtues. Pour autant, toutes les patientes qui se sont présentées à ces consultations ont, là aussi, accepté ma présence.

La blouse, si elle a été un vecteur d'intégration certain, n'en constituait pas pour autant une condition suffisante et nécessaire.

Le pouvoir et le statut conféré au médecin dans l'exercice de sa fonction place la patiente dans une position où elle ne se sent peut-être pas la légitimité ou le droit de dire non ou de refuser une situation acceptée et cautionnée non seulement par le médecin mais également par l'institution hospitalière. On peut supposer que des patientes n'ont pas osé refuser ma présence parce qu'elles n'ont pas osé dire non. Cependant, la réaction en chaîne que je craignais et qu'aurait pu permettre le refus exprimé par deux patientes en salle d'attente qui faisaient la preuve que c'était possible et respecté, n'a pas eu lieu, ce qui relativise la force de cette interprétation. J'ajouterai aussi qu'à l'exception de deux gynécologues de centre hospitalier, tous ont pris le soin de préciser aux patientes que ma présence n'était absolument pas obligatoire et qu'elles devaient se sentir libres de refuser.

La situation suivante apporte un éclairage supplémentaire. La gynécologue qui acceptait de m'ouvrir les portes de son cabinet libéral me réserva un accueil distant et froid lorsque je la contactai par téléphone. Elle me précisa d'emblée que si elle consentait à ce que je fasse quelques observations c'était uniquement par amitié pour la personne qui me recommandait auprès d'elle, et qu'elle doutait fort que les patientes accepteraient aisément ma présence. Pour preuve elle se proposa de demander à la patiente qui justement était en face d'elle dans son cabinet. Cette dernière s'est exclamée sur un ton suffisamment élevé pour que je puisse l'entendre : « *oh, oui avec grand plaisir !* ». Sans plus de commentaire, nous avons convenu d'une journée d'observation. Devant le « succès » rencontré auprès de ses patientes, la gynécologue m'accorda d'elle-même une deuxième journée d'observation à son cabinet.

¹³ S. Fainzang fait état de situations similaires dans lesquelles elle fut placée parce que portant une blouse blanche dans un centre hospitalier (2001 : 18)

Il apparaît ici bien difficile d'attribuer à un facteur particulier la facilité avec laquelle je fus acceptée par les patientes dans les consultations. L'analyse réflexive sur la place, le statut et le rôle de la sociologue observatrice apportera quelques éclairages.

Le fait d'être une femme a sans aucun doute facilité mon accès au terrain, sans pour autant m'ouvrir toutes les portes, nous l'avons souligné. Néanmoins, même si les hommes conservent toujours une place privilégiée d'une manière générale dans l'institution médicale (Hardy-Dubernet, 2005) et en gynécologie en particulier puisque ce sont majoritairement des hommes qui occupent les postes « nobles » de chirurgien et d'obstétricien et que, de ce fait, la présence d'un homme n'a rien d'incongru dans cet univers, les femmes ont largement investi cette spécialité de gynécologie médicale. Elles revendiquent d'ailleurs le poids de l'expérience vécue que leur confère leur identité sexuée comme une valeur ajoutée dans leur pratique professionnelle : « *en tant que femme on comprend mieux les femmes, on est plus à leur écoute et on est plus à même de les aider* » (Dr. C.). A ce titre, la plupart estiment que seules les femmes devraient être en charge de cette spécialité et expriment régulièrement des soupçons quant à la qualité de la pratique de leurs collègues masculins : « *ah bon, vous avez suivi les consultations du Dr D. Vous avez vu, pas plus de dix minutes, c'est expéditif. Quel genre d'écoute peut-il avoir de ses patientes ?* » (Dr B.). De plus, les gynécologues femmes se sont montrées extrêmement réticentes quant à la présence des conjoints masculins dans la consultation, arguant du fait que les femmes seraient « *complètement différentes* » et « *beaucoup moins libres de s'exprimer* » en leur présence. L'expression clairement explicite de l'incongruité de la présence masculine dans cet espace de consultation conduit à émettre l'hypothèse que le fait d'être une femme a constitué un atout quant à mon accessibilité au terrain.

Parler de leur corps ou de la relation avec leur gynécologue n'a pas constitué pour les femmes une gêne lors de l'entretien même si la production de parole était incontestablement beaucoup plus riche et plus libre lors d'entretiens informels non enregistrés, comme je l'ai déjà souligné. Certaines des femmes interrogées m'ont souvent exprimé le plaisir qu'elles avaient eu à parler de choses sur lesquelles elles n'avaient jamais pris le temps de poser un regard réflexif. Le fait d'être une femme moi-même a constitué là aussi un atout majeur, l'entretien prenant très souvent l'allure d'une discussion entre femmes. La prise de position qu'elles me demandaient, si elle introduisait une certaine subjectivité, permettait à mes informatrices de s'appuyer sur cette connivence entre elles et moi pour me confier des choses parfois très intimes. Même si je prétendais à une neutralité, je me rendis compte que cette prise de

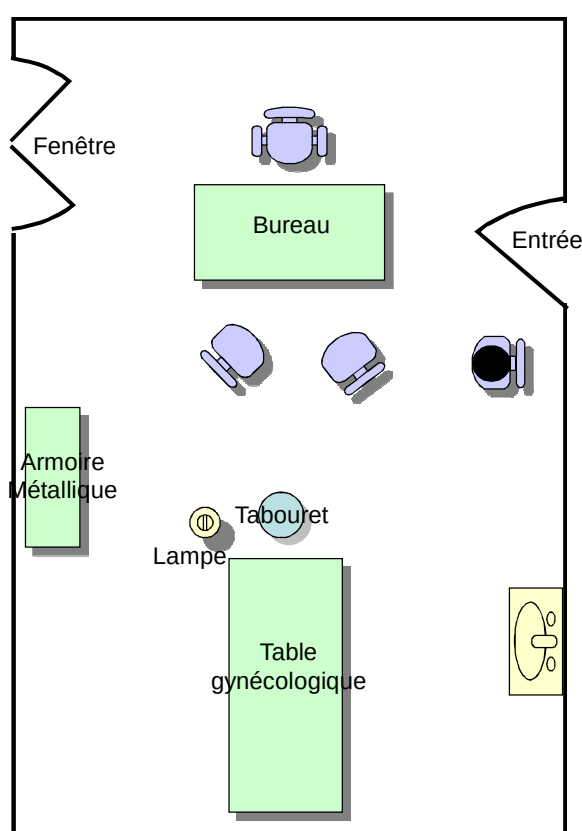
position était tout aussi inéluctable que nécessaire à cette relation de face à face. Cette subjectivité s'avérait tout à fait opératoire.

Statuts du sociologue

Faire de l'observation implique de s'interroger sur les modes de production des données en ce que la présence de l'observatrice vient perturber à des degrés variables la situation sociale observée. Ma présence a, en effet, pu entraver l'expression de certaines paroles dans la consultation tout comme elle a aussi permis l'expression d'une autre parole pour expliquer ou justifier la plupart du temps ce qui se jouait dans la consultation. A d'autres moments, ma présence fut mobilisée par l'un ou l'autre des protagonistes de l'interaction comme un appui pour conforter les rôles à tenir. Plutôt que réduire les effets induits par la présence de l'observateur à des obstacles à la réalisation d'une observation « pure » ou idéale, il convient plutôt de les considérer comme des atouts pour l'analyse. En effet, accorder une attention particulière aux places et statuts successivement assignés à l'observateur par les acteurs, permet de faire ressortir les positions et les stratégies des enquêtés dans l'espace social observé (Schwartz, 1993 ; Weber, 1989). L'intérêt d'une analyse critique est ici doublement justifié. D'une part, les changements successifs de statut au sein d'une même consultation sont déterminés par des variables multiples, soit isolées soit conjointes. D'autre part, l'analyse des moments où interviennent ces changements de statut permet de mettre au jour des enjeux et/ou des mécanismes dans lesquels s'inscrit la consultation gynécologique.

La durée et le rythme de la consultation ainsi que les enjeux respectifs des protagonistes doivent *a priori* pouvoir permettre au gynécologue et aux patientes d'oublier assez rapidement la présence de l'observateur. Difficile cependant de distinguer dans l'effacement de l'observateur ce qui relève de l'oubli, parce qu'emporté par les enjeux et le rythme de la consultation, ou de la stratégie. En effet, effacer l'observateur est, au même titre que le mobiliser, une manière de gérer sa présence. En croisant les différents types de matériaux recueillis en observation (regards, discours, attitude, gestes), en même temps que des manières de faire se sont révélées, la variété des statuts qui m'étaient attribués a pu être mise au jour ainsi que les enjeux dans lesquels ils s'inscrivaient.

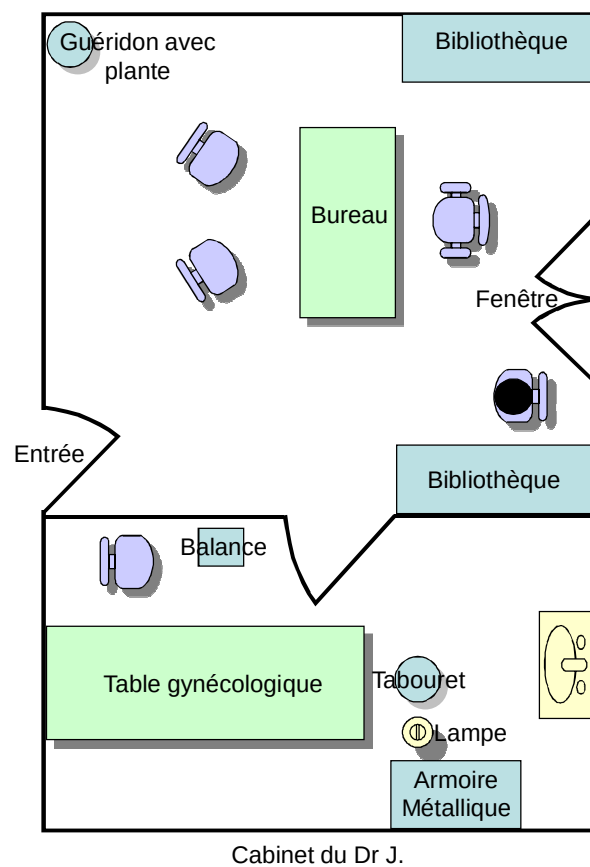
Selon les gynécologues observés, ma position¹⁴ dans l'espace de consultation n'était pas la même. Lorsqu'aucune requête particulière n'était formulée par le médecin, je choisisais toujours une position qui me permettait d'avoir un angle de vue le plus large possible, englobant le bureau et le lieu d'examen. En retrait, il m'était possible d'observer l'interaction entre le médecin et la patiente autour du bureau puis la séquence du déshabillage ainsi que l'examen gynécologique.



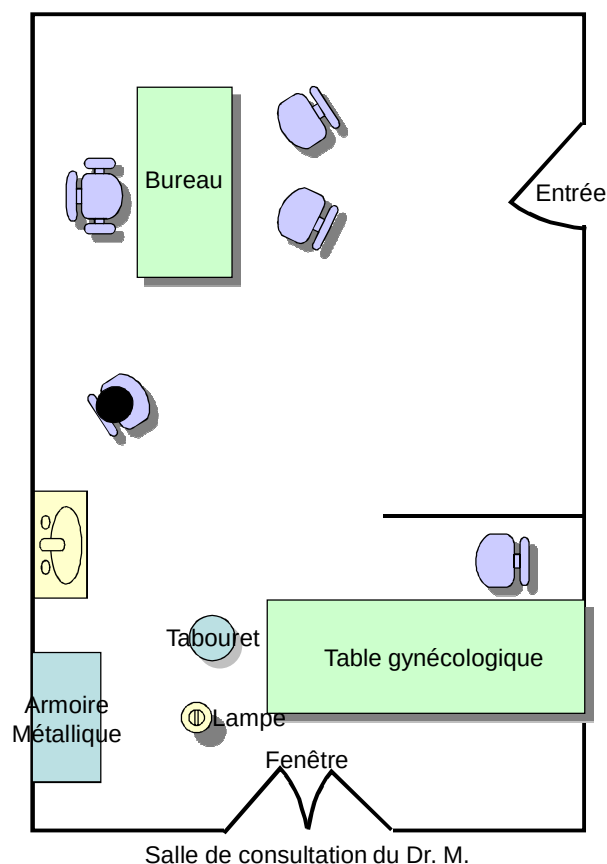
Salle de consultation des Dr. H. & D.

L'exiguïté des salles de consultation présentait l'avantage de permettre une observation globale de l'interaction, ce qui n'était pas le cas des cabinets plus spacieux où une petite pièce contiguë était spécifiquement réservée à l'examen gynécologique. Dans ces cas précis, par pudeur et respect de la patiente, jamais je ne me suis déplacée dans ces salles d'examen. Chaque fois je constatais que le médecin laissait la porte entrouverte m'accordant ainsi l'écoute à défaut du regard.

¹⁴ Sur les plans rapportés plus bas, la position que j'occupais est signalée par un point noir.



Trois gynécologues m'ont imposé une position spécifique dans leur consultation. Je devais prendre place à leurs côtés, légèrement en retrait.



En alternant les consultations d'un gynécologue à l'autre, je constatai que la position que j'occupai avait un retentissement sur ce que je pouvais observer et sur la façon dont j'étais mobilisée au cours de l'interaction. En me positionnant ainsi, justifiant cet emplacement par « *venez vous installer à côté de moi, vous serez mieux quand-même* », le gynécologue orientait mon observation vers la patiente, et se donnait certainement, aussi, le sentiment de s'en dégager comme le Dr M. qui ajoute « *eh puis comme ça au moins je ne vous vois pas* ». Alors que j'avais le sentiment d'être souvent « transparente » lorsque j'étais en retrait, être placée aux côtés du médecin renforçait l'idée de mon appartenance à l'institution médicale d'autant plus si je portais une blouse. Dans cette position j'étais aussi très souvent interpellée par les médecins au moment de l'interprétation des symptômes cliniques de la patiente ou pour la lecture de clichés radiologiques ou échographiques. Si cela m'a permis d'accéder à un certain savoir médical, cela a participé aussi à ce que les patientes m'associent à une externe en médecine. Dans cette situation, je ne sortais que rarement voire jamais de ce statut

« d'externe » même si, je le rappelle, les gynécologues m'avaient présentée comme sociologue.

Placée dans un coin de la pièce j'étais mobilisée différemment ou j'avais parfois le sentiment d'être transparente d'autant que certaines patientes ne me saluaient pas en quittant la salle de consultation. Ne pas me saluer était peut-être aussi pour elles une façon de me signifier leur désapprobation quant à ma présence. Dans la majorité des consultations en revanche, cette position avait pour effet de me voir conférer par les patientes une variété, certes relative, de statuts, consécutivement ou alternativement, en fonction des moments de la consultation. Ainsi, lorsque les patientes se plaignaient de l'inconfort que peuvent représenter des règles douloureuses ou abondantes, elles se tournaient vers moi et me demandaient soit explicitement soit implicitement par un appui du regard de venir confirmer ou appuyer leurs dires. Mon identité de femme était ici mobilisée. Ce type d'interpellation avait lieu aussi bien en présence d'un gynécologue masculin que féminin. Néanmoins, avec une gynécologue, interpellé l'autre femme présente dans la consultation était aussi pour la patiente un moyen de ne pas avoir à mobiliser l'identité sexuelle du médecin pour justifier ses plaintes et à le faire sortir ainsi de son rôle. L'identité sexuelle du gynécologue était neutralisée et le maintien des rôles assuré.

Au moment du déshabillage, que la consultation soit assurée par un homme ou une femme, les patientes se tournaient, là encore, vers moi à la recherche d'un soutien du regard. Même chose lorsqu'elles disaient leur appréhension de l'examen sollicitant un commentaire de ma part « *n'est-ce pas que c'est désagréable ?* ». L'exemple d'une patiente (77 ans) qui avait accepté ma présence en début de consultation en me conférant explicitement le statut d'externe, me met en garde contre le vieillissement dont elle évoque à un moment les effets me faisant d'un seul coup basculer du statut d'externe à celui de jeune femme : « *vous qui êtes jeune, vous ne savez pas encore ce que c'est mais vous verrez, ça n'est pas drôle. Profitez de votre jeunesse et de votre beauté* ». Outre l'identité sexuelle, l'âge constitue, comme dans l'exemple précédent, une autre variable mobilisable par les patientes parce que directement visible. Profitant du moment du déshabillage pendant lequel le gynécologue prépare le matériel pour l'examen, une patiente me demande si je ne connais pas « *un bon pédiatre* » se saisissant de mon âge pour me placer à ce moment là dans le statut d'une jeune mère. Nous verrons plus loin que la parole délivrée au cours du déshabillage comme pendant l'examen gynécologique a aussi pour fonction de pallier la gêne ressentie par rapport à la nudité.

La sociologue et plus généralement la « tierce personne » (Schwartz, 1993 : 279) sera convoquée en d'autres circonstances dont deux ont pu être identifiées pour leur récurrence. Lorsque des patientes relataient des difficultés à assumer conjointement leurs rôles de mère, de femme et d'épouse, elles s'interrompaient, comme se souvenant soudain de ma présence, pour qualifier la nature de la relation qui les liait au gynécologue : « *vous savez on est de vieux amis* » ou « *Elsa, c'est comme une grande sœur* » et qui justifiait à leurs yeux le fait de se raconter dans cet espace là et de la façon dont elle le faisait. L'autre type de circonstance dans lequel je fus mobilisée comme tierce personne, concerne l'incompréhension ou la surprise que suscitaient des demandes, des explications ou encore des gestes du gynécologue. A ce moment là, les patientes m'assignaient le rôle du témoin, interrogeant par le regard mon avis sur la situation qui leur semblait dépasser les cadres de la consultation. Ces situations sont assez variées même si elles concernent plus particulièrement la pratique du Dr F. Il en va ainsi des réflexions à caractère raciste en présence d'une patiente guyanaise, au pincement amusé du petit bourrelet de graisse après l'examen des seins : autant de paroles ou de gestes humiliants et infériorisants pour les patientes, faisant sortir le médecin de son rôle. Beaucoup plus difficilement interprétable immédiatement, l'incompréhension et la surprise de cette patiente à qui le gynécologue demandait de ne dénuder que ses seins en soulevant son chemisier en restant debout près du bureau. Ayant justifié sa demande en disant « *je ne vais pas vous faire d'examen puisque je vous en ai déjà fait un il y a quinze jours* », le médecin ne semblait *a priori* pas sortir de son rôle. Cependant, pour la femme il s'agissait de dénuder ses seins à un endroit inhabituel et d'une façon tout aussi inattendue.

On le voit plus particulièrement à travers ce dernier exemple, l'analyse des conditions de production des données est une étape essentielle non seulement parce qu'elle met en effet en évidence la façon dont les enquêtés ont géré la présence de l'observateur mais aussi parce qu'elle montre que ces façons de faire sont de puissants révélateurs des enjeux de la consultation gynécologique en général et des différentes séquences qui la composent. Pour cette raison, je serai amenée à revenir sur les éléments présentés ici lorsque les enjeux seront abordés.

Un objet « féminin », un objet familial

Communiquer régulièrement sur l'avancée de son travail constitue une partie de la recherche dont l'intérêt de bénéficier des critiques de ses pairs et maîtres n'est pas à démontrer. Néanmoins, les commentaires et les questions exprimées dans le cadre de ces espaces scientifiques, par la récurrence de leur orientation sur ma capacité à objectiver mon terrain, m'incitent à m'y arrêter ici quelques instants. Si questionner la subjectivité du chercheur est légitime et pertinent afin de tester la valeur scientifique de ses données ainsi que l'analyse qu'il en fait, la récurrence, je l'ai déjà dit, mais aussi la place octroyée à cette question dans le cadre de cette recherche appellent l'analyse autant qu'ils imposent, me semble-t-il, l'écriture du travail réflexif¹⁵. Des remarques faites régulièrement peuvent être dégagés deux aspects centraux : ma capacité à objectiver mon terrain est remise en cause parce que je suis une femme et je consulte forcément un ou une gynécologue d'une part, d'autre part le recours systématique de mes interlocuteurs à leur expérience subjective pour motiver leur propos.

Intéressons nous d'abord à ce deuxième aspect. À considérer la façon dont est abordée la question de la subjectivité dans mon travail, il apparaît que la consultation médicale constitue un obstacle à l'objectivation. En effet, pour discuter mon travail, mes interlocuteurs se saisissent systématiquement de leur propre expérience subjective de la consultation médicale ou encore de leur rapport personnel au corps. Ainsi un chercheur d'une trentaine d'année a dans le cadre d'un séminaire raconté son expérience du décalottage chez le généraliste afin d'insister sur la gêne occasionnée par l'acte médical sur les parties génitales. Ce récit interpella l'auditoire non seulement en raison de son caractère très intime mais aussi et surtout parce qu'il émanait d'un homme si l'on considère l'absence d'étonnement face aux récits tout aussi intimes relatés par des femmes. Celles-ci mobilisent en effet des aspects tout aussi personnels de leur expérience en gynécologie. Si la majorité des remarques traduisent l'inconfort ou la gêne introduite par la nudité dans le cadre d'une consultation médicale, c'est sans aucun doute parce que la présentation de mon travail ouvre en quelque sorte un espace de paroles inédit dont beaucoup se saisissent pour enfin pouvoir dire que les consultations en général et les consultations gynécologiques en particulier, aussi familières et banalisées

¹⁵ m'inscrivant par là même dans une tendance accrue ces dernières années à introduire dans les travaux autant anthropologiques que sociologiques « des réflexions de tous ordres autour de la subjectivité[...] autrefois confinée dans le hors texte » (Olivier de Sardan, 2000 : 417).

soient-elles, ne vont pas de soi. Néanmoins, l'expérience personnelle et subjective est ici mobilisée soit pour venir renforcer mes propos soit le plus souvent pour venir en questionner la validité : *vous avez dit que [...] mais moi avec ma gynéco ça ne se passe pas du tout comme ça [...]*. Ainsi je dois toujours répondre de ma propre objectivité au regard de données non pas scientifiques mais subjectives et non objectivées. Cela témoigne, de façon inattendue, de la proximité que tout chercheur peut entretenir avec cet objet d'étude et de ce que l'extériorité est ici une posture difficilement accessible. S'il est des terrains pour lesquels l'extériorité peut, *a priori*, paraître totale au départ, c'est, bien au contraire, la proximité qui s'exprime avant tout dans ce cas particulier de la consultation gynécologique : tout individu a en effet un point de vue sur cette consultation puisque tout individu a fait au moins une fois l'expérience d'une consultation médicale et tout individu est de surcroît renvoyé à sa corporéité et son rapport au corps. Le fait d'être une femme renforce indiscutablement encore cette proximité. En effet, la consultation gynécologique peut être qualifiée d'objet « féminin » à plusieurs titres. Sa spécificité est de s'occuper de l'appareil génital féminin et de ne s'adresser quasi exclusivement qu'aux femmes¹⁶. De plus, la féminisation de la profession de gynécologue entraîne un face à face entre femmes dans 90% des interactions. Afin de parvenir à faire l'étude de cette consultation tout en étant une femme, il convient de ne pas diaboliser cette proximité mais bien de travailler avec. En effet, l'erreur en sociologie, ainsi que le soulignait P. Bourdieu (1984) répondant à une question sur la neutralité, réside non pas dans « le rapport à l'objet » mais dans un « rapport incontrôlé à l'objet » ou plus exactement dans l'ignorance de tout ce que la vision de l'objet doit au point de vue. Ce travail de distanciation et de réflexivité s'inscrit dans des temporalités différentes.

En amont, de toute évidence, il s'agissait d'éclaircir la nature des rapports entretenus avec la consultation gynécologique mais aussi le corps dans ses dimensions de genre, de santé, d'hygiène, d'esthétisme, etc. de façon à prendre de la distance et de s'assurer de ne pas faire une lecture personnelle de la consultation ou tout au moins de pouvoir, à l'analyse des matériaux, repérer ou questionner la part de subjectivité soupçonnée.

En amont aussi, il importait de bien considérer les raisons qui m'avaient amenée à entreprendre ce travail sur la gynécologie. En effet, si l'intérêt d'engager une recherche sur la consultation gynécologique s'était révélé au fil des entretiens menés auprès de femmes

¹⁶ Nous verrons que si les gynécologues de l'étude disent regretter l'absence des conjoints, la venue de l'un d'entre eux les agace particulièrement.

portugaises immigrées en région parisienne¹⁷, il fallait en déceler les motivations profondes et personnelles. Je questionnais alors l'attention toute particulière que j'avais accordée à ce qu'elles disaient du corps, de la féminité et de la gynécologie. Impossible de ne pas hypothéquer ici mon expérience subjective de femme, consultant par ailleurs régulièrement en gynécologie, inconsciemment activée ou mobilisée par le discours de mes interlocutrices. Sans cette expérience ou connaissance subjective, un chercheur masculin n'aurait peut-être pas entendu ces éléments et/ou certainement pas de la même manière. Le fait que les recherches sur les pratiques contraceptives, la grossesse ou l'avortement soient majoritairement menées par des femmes renforce cette hypothèse. De la même manière, la façon d'aborder cet objet, de lire le terrain et d'analyser les matériaux est également impactée par la socialisation sexuée de l'enquêteur. La lecture que C. Heath (1993) fait de la consultation médicale du généraliste est à ce propos tout à fait éclairant lorsqu'il puise dans l'univers masculin des éléments de comparaison tel que le service militaire.

« Se détourner du médecin et de l'examen permet au patient de se désengager momentanément ; de se transformer en objet d'inspection [...] Quiconque a dû subir les premières semaines du service militaire ou d'une école d'officiers se rappellera à quel point l'orientation à mi-distance joue un rôle important dans les défilés et dans l'inspection. (1993 : 81-82)

S'il est tout à fait légitime de reconnaître une orientation genrée dans la construction de cet objet, il conviendrait néanmoins de pouvoir l'attester en réalisant une étude comparative avec ce que pourrait en proposer un chercheur masculin¹⁸.

Si ce travail de distanciation doit être mené tout au long de la recherche, des situations rencontrées sur le terrain peuvent à certains moments l'imposer avec violence.

C'est alors que des stratégies, plus ou moins conscientes, se mettent en place pour gérer les difficultés relatives à ces rappels brutaux de la proximité. Renvoyée à mes propres expériences dont certaines consultations observées se faisaient le miroir, j'ai ainsi dans un premier temps délibérément écarté des matériaux dont l'objectivité me paraissait douteuse ou en tous cas fortement questionnée. C'est alors que se révèle pour le chercheur qui travaille sur le corps la nécessité de mettre parfois son propre corps à distance pour n'être qu'à l'écoute de celui des autres. Et à l'inverse, à d'autres moments, la nécessité de savoir entendre son

¹⁷ Entretiens menés dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en ethnologie en 1999 auprès de sept femmes portugaises immigrées en région parisienne.

¹⁸ Il m'a une fois été reproché de ne pas mener cette recherche dans le cadre d'un binôme avec un chercheur masculin.

propre corps pour permettre ou renforcer la qualité de cette écoute. Accepter cette proximité dans ce qu'elle induit de subjectif mais aussi dans ce qu'elle peut être productrice de sens prend du temps, beaucoup de temps venant bouleverser le calendrier de travail établi.

Force était de constater aussi que si la femme s'immisce dans le travail, elle disparaissait derrière la sociologue dans son rapport personnel à la gynécologie. Au cours de cette recherche c'est malgré moi en sociologue que je vivais mon suivi gynécologique et la consultation est devenue une épreuve d'autant plus redoutée que le travail avançait tout en étant une expérience permettant une remise en cause et une réflexivité constructive et efficace. A un moment de la recherche une nécessaire coupure avec tout suivi gynécologique personnel s'est imposée. Comment, en effet, prendre de la distance vis-à-vis du corps hormonal qui participe, on le sait, à la définition du féminin (Oudshoorn, 1994) lorsque ses propres hormones manifestent les déséquilibres caractéristiques de l'évolution physiologique de la quarantaine ? Dans un premier temps, la sociologue, après avoir constaté non sans une certaine rage sa perméabilité aux normes sociales, refuse catégoriquement d'entendre et d'écouter ce corps. Néanmoins, difficile de ne pas mettre en lien ses symptômes avec ceux évoqués par les patientes du même âge lors des consultations observées. La fuite ou l'évitement, en mettant de côté ces matériaux d'enquête, n'a rien résolu. Les données sur le sujet continuaient d'affluer et les symptômes persistaient. La femme est alors re-devenue patiente le temps de deux consultations au cours desquelles la sociologue ne pouvait faire autrement que de s'imposer pour lire les réponses apportées par la gynécologue. Cette expérience, aussi éprouvante fût-elle, a constitué un tournant dans l'analyse des matériaux à plusieurs titres. Ce retour au suivi gynécologique personnel après une longue période d'interruption s'inscrivait aussi plusieurs mois après mon retrait du terrain au cœur d'une période consacrée à la rédaction. C'est donc avec du recul que je pouvais être à la fois actrice et observatrice de cette consultation. Le hasard voulut aussi qu'un externe assiste à la première de ces deux consultations. Sa présence m'a amené à porter un regard décalé non seulement sur l'impact qu'elle avait dans mon interaction avec ma gynécologue mais aussi sur celui que j'avais pu avoir auprès des patientes dans les consultations que j'avais observées. Par ailleurs, les plaintes que j'exprimais alors au médecin étaient en tous points identiques à celles de femmes entendues en consultation ou discutées en entretiens informels. Les exposer dans le cadre de ma consultation personnelle était aussi un moyen de tester différemment le discours des gynécologues ainsi que la façon dont une femme peut le recevoir. En définitive mon corps m'offrait l'opportunité de porter un autre regard sur les matériaux que j'avais récoltés. Il m'a ainsi été donné de vérifier l'hypothèse selon laquelle les gynécologues ne

reconnaissaient l'existence de ces symptômes qu'à partir du moment où ils avaient repéré dans la situation sociale, professionnelle ou familiale des femmes des facteurs de stress pouvant générer une « psychosomatisation »¹⁹. Dans mon cas, ce fut la thèse. Dans une certaine mesure, ce mouvement de va-et-vient entre l'expérience des autres et ma propre expérience témoigne de ce que Jeanne Favret-Saada avait en d'autres circonstances finit par admettre : « il n'est pas d'autre issue [...] que de devenir son propre informateur, de lever sa propre amnésie, de tenter d'explicitier son propre informulable » (1977 : 47) et que « la distance requise [...] n'a pas nécessairement à s'instaurer entre l'ethnographe et son objet » (*op. cit.* : 48). La proximité se révèle donc « opératoire » à condition de ne pas la considérer comme un obstacle mais comme un atout et de mettre en place un dispositif méthodologique nécessaire à l'objectivation (le journal de terrain est ici incontournable).

Ce retour réflexif sur la réflexivité engagée tout au long de cette recherche souligne, au même titre que la nature des remarques qui me sont régulièrement adressées, la difficulté à investiguer des champs où le corps occupe une place centrale. En effet, le sociologue renvoyé à sa propre corporéité est amené à se perdre pour un temps plus ou moins long dans les dédales de la subjectivité repoussant les frontières de la distanciation pour mieux les rétablir. Ces difficultés viennent, me semble-t-il, compléter le tableau dressé par D. Memmi et D. Fassin (2004) sur les raisons qui ont tenu éloignée la sociologie de l'objet corps.

Plan de thèse

L'objet de cette recherche est ainsi d'étudier les aspects de la médicalisation du corps féminin tels qu'ils sont définis dans le cadre de la consultation de gynécologie médicale et plus précisément de repérer les mécanismes par lesquels les femmes sont amenées à accepter et à intégrer cette médicalisation.

Cette thèse s'organise autour de trois grandes parties :

La première partie se propose de faire un état des lieux au service de l'analyse de cette consultation. Il s'agira d'identifier les acteurs de la consultation : les patientes d'abord, les gynécologues ensuite. A partir des données de démographie médicale, nous verrons que la

¹⁹ Nous reviendrons sur cette question dans la dernière partie de ce travail (chap. 7)

gynécologie médicale se caractérise par une importante féminisation et un effectif en constant déclin depuis la suppression de cette spécialité de l'enseignement de médecine. Il apparaîtra que les revendications des gynécologues pour la réhabilitation de la gynécologie médicale dans la formation, inscrites dans un contexte de rationalisation du système de santé, ont entraîné de vifs débats autour d'enjeux corporatistes au cœur desquels le genre occupe une place centrale. L'analyse des débats permettra de repérer cette question du genre, un détour par l'histoire contribuera à en saisir les fondements. C'est donc à l'histoire du corps des femmes et l'histoire de la médecine que sera consacré le deuxième chapitre afin de repérer les enjeux sociaux et politiques qui ont présidé à l'émergence de cette spécialité médicale et la manière dont les femmes ont été amenées à s'y investir. Dans un troisième chapitre, en prenant appui sur les données recueillies auprès des gynécologues rencontrés, nous verrons que si les femmes ont fait le choix de la gynécologie « par défaut », elles se considèrent néanmoins plus compétentes et plus légitimes que leurs collègues masculins à exercer cette spécialité.

La deuxième partie consiste en une analyse des cadres et des modalités de l'interaction basée sur le modèle dramaturgique proposé par Goffman. Le chapitre 4 sera consacré aux critères et aux ressources mobilisées par les femmes pour déterminer le lieu de consultation et faire le choix d'un ou une gynécologue. Nous verrons que ces éléments sont très souvent remis en cause par l'état de l'offre de soins, ce qui conduit à émettre l'hypothèse selon laquelle les femmes sont dans une large proportion dans une relation plus souvent imposée que choisie. Hypothèse qui sera confortée par l'analyse du cadre spatial et temporel de la consultation. Le chapitre 5 s'articulera autour des impératifs techniques et des enjeux symboliques de l'examen gynécologique. Neutraliser la dimension intime et réduire la gêne induite par cet examen se révélera être essentiel pour permettre aux acteurs de se maintenir dans leur rôle à l'aide de techniques du corps au titre desquelles la parole occupe une fonction centrale.

La troisième partie est consacrée aux mécanismes mis en œuvre dans la consultation et sur lesquels s'appuient les gynécologues pour amener les femmes à non seulement accepter mais aussi adhérer à la médicalisation de leur corps. Le chapitre 6 reviendra sur les motifs qui conduisent les femmes en consultation afin de montrer que si le fait de consulter est rarement motivé par un problème, l'interrogatoire mené par le ou la gynécologue conduit très souvent à en construire un. L'analyse de l'objectif poursuivi dans la consultation fera l'objet du chapitre 7 qui montrera l'articulation entre savoir profane et savoir scientifique, normes médicales et

représentations sociales. Enfin, le chapitre 8 abordera la sexualité féminine telle qu'elle est appréhendée et définie dans cet espace. Si parler de sexualité reste difficile, des conditions sont néanmoins plus propices à son évocation. Plus précisément, nous verrons que là encore le genre est déterminant puisque c'est avec des hommes gynécologues que les femmes abordent plus facilement le sujet. L'analyse des discours produits par les gynécologues qu'ils soient homme ou femme ainsi que celle des traitements prescrits feront apparaître les normes autour desquelles est définie la sexualité féminine dans cet espace.

1^{ère} partie : la gynécologie médicale : médecine de femme au service des femmes ?

Cette partie se propose d'établir des données de cadrage au service de l'analyse de la consultation qui sera abordée dans les parties suivantes. Un cadrage statistique d'abord permettant d'identifier les acteurs de la consultation. Un cadrage historique ensuite afin d'apporter un éclairage sur la situation actuelle.

En 2006, 60% des femmes sont en France inscrites dans un suivi gynécologique régulier. Pourtant, alors qu'est mis en avant par les pouvoirs publics l'importance de ce suivi, notamment à travers la multiplication des campagnes de prévention des cancers féminins incitant les femmes à consulter régulièrement, l'actuelle restructuration du système de santé fait peser la menace d'une disparition de la gynécologie médicale. En effet, alors que le nombre de gynécologues devrait diminuer avec les départs en retraite qui s'annoncent, l'accent est mis sur le transfert des compétences requises pour l'exercice de cette spécialité aux médecins généralistes et la réhabilitation d'une formation spécifique à la gynécologie médicale (supprimée en 1984) a fait l'objet de débats animés pendant cinq années (1999-2004). La création d'un DES de gynécologie médicale en 2004 n'aurait sans doute jamais vu le jour sans la participation active des femmes aux discussions. Appelées par le collectif des gynécologues, elles ont été nombreuses à manifester dans les rues et à signer les pétitions de 1999 et 2000. Si à travers cette mobilisation, un attachement particulier à la consultation gynécologique se dévoile et prend corps sous la plume des journalistes, les conséquences de la disparition de la gynécologie médicale sur la santé des femmes sont mises en avant par les professionnels et par les femmes elles-mêmes.

Par ailleurs, au cœur des débats dans lesquels s'affrontent les gynécologues, les pouvoirs publics et les femmes, les obstétriciens s'opposent avec force pour certains à la réhabilitation de la gynécologie comme spécialité médicale à part entière. Si cette opposition relève d'enjeux corporatistes dans un contexte de rationalisation et de restructuration du système de santé, elle relève aussi, nous semble-t-il, des enjeux de pouvoir où le genre occupe une place centrale. En effet, non seulement la gynécologie médicale est une branche de la médecine entièrement dédiée aux femmes mais elle constitue aussi une profession aujourd'hui investie à

90% par des femmes. Alors que la féminisation était considérée dans les années 1960 comme un atout, les femmes étant plus à l'écoute et pouvant exprimer dans leur fonction toute leur sensibilité (Cacouault, 2001), quarante ans plus tard, dans un contexte de concurrence, elle est retenue par les obstétriciens comme le critère essentiel leur permettant de dévaloriser la gynécologie médicale. Si l'analyse des débats du début de ce XXI^{ème} siècle permet de repérer la question du genre dans ce conflit, en saisir les contours ainsi que les fondements implique de faire un détour historique.

Histoire des femmes mais aussi histoire de la médecine seront convoquées dans un deuxième chapitre afin de saisir les enjeux à la fois sociaux et politiques qui ont présidé à l'émergence de la gynécologie et en ont fait, à un moment donné, une spécialité médicale à part entière. Il apparaîtra que la mise à l'écart des femmes par la médecine tant comme patientes que comme professionnelles prenait appui sur des représentations du corps féminin et de la féminité qui servaient la position dominante des hommes puisqu'elles contribuaient à entretenir la hiérarchisation des sexes en maintenant la femme dans une position d'infériorité. C'est finalement autour du contrôle de la reproduction que s'est constituée cette branche de la médecine. D'abord l'obstétrique puis avec la légalisation de la contraception, la gynécologie médicale.

Dans un troisième chapitre, nous verrons que si les femmes ont pu être incitées à se spécialiser en gynécologie médicale, elles présentent néanmoins un ensemble de contingences les ayant conduites à s'y inscrire le plus souvent « par défaut » alors que les hommes parlent de vocation. Pourtant, les femmes se considèrent plus compétentes et plus légitimes à exercer cette spécialité que leurs confrères masculins. Plus à l'écoute de leurs patientes, elles disent aussi devoir les « recadrer » afin « d'éviter les mauvaises constructions du corps ».

Chapitre 1 : La gynécologie médicale : état des lieux

L'objectif de ce chapitre est de dresser un état des lieux de la gynécologie médicale en présentant les acteurs de la consultation. Les patientes d'abord puis les gynécologues. Pour les premières, comme peu de données sont disponibles, nous aurons recours à celles recueillies au cours de l'enquête. Pour les seconds, nous rappellerons ce qui caractérise plus spécifiquement leur corporation. Si la féminisation est sans aucun doute une des caractéristiques essentielles, il apparaîtra aussi à travers les données démographiques que cette corporation est vieillissante et que, jusqu'il y a peu de temps, pesait sur elle la menace d'une disparition contre laquelle les gynécologues se sont mobilisés. Après avoir identifié les causes qui ont conduit à une telle situation, nous examinerons les débats auxquels ont donné lieu les revendications de ces spécialistes.

1.1 Du côté des femmes : qui consulte et pour quel motif ?

Les femmes sont très régulièrement incitées à consulter un ou une gynécologue tant à travers les campagnes de prévention (cancers du sein et cancers du col de l'utérus) que par le biais des magazines de santé. Cette presse dont le lectorat est majoritairement féminin accorde une place importante à la gynécologie en consacrant notamment régulièrement des dossiers aux cancers du sein et en alimentant chaque numéro d'informations sur la contraception, les pathologies gynécologiques bénignes, la ménopause ou de conseils sur la façon de choisir son gynécologue. Les femmes sont donc invitées à se rendre régulièrement en consultation. Or devant ces injonctions, toutes les femmes ne sont pas réceptives ou en tout cas pas de la même façon. Ainsi, 60% des femmes en France consulte régulièrement un ou une gynécologue. Qui sont ces femmes ? Sur cette question, peu de données sont disponibles en raison de la disparité des lieux de consultation. Si les usagers des établissements publics comme les centres hospitaliers ou centre de PMI peuvent être identifiés, mais cela n'est pas systématique, ceux des cabinets libéraux ne le sont en revanche pratiquement jamais. Une étude réalisée par la DRESS en 2002 sur les patients des consultations externes des hôpitaux apporte quelques éclairages. Elle révèle que 68% des consultations de gynécologie se déroulent dans les centres

hospitaliers et à proximité du domicile des patientes. Les patientes sont plutôt diplômées puisque 18% ont le bac et 33% un niveau d'étude supérieur contre 11 et 24% pour l'ensemble des usagers. Une majorité d'entre elles exerce une activité professionnelle (64%). A notre connaissance, aucune donnée sur le profil des patientes qui consultent en cabinet de ville ou en centre de santé et de PMI n'est disponible. Il existe en revanche des données locales réalisées à l'initiative des centres mais elles ne sont représentatives que de la population implantée à proximité. Ainsi, un centre de PMI de l'Essonne recense des patientes âgées entre 15 et 25 ans dont 80% sont d'origine étrangère.

Les motifs qui amènent les femmes en consultation ne sont pas beaucoup plus documentés. L'étude de la DRESS précise que dans 70% des consultations le motif est la prévention, la surveillance et la consultation de routine, et que ces consultations s'inscrivent dans un suivi régulier pour 80% des cas. L'ouvrage « Gynécologie et santé des femmes. Quel avenir pour la France »²⁰ publié en 2000 et diffusé sur internet par le CNGOF²¹ précise que 80% des actes effectués en gynécologie médicale concernent la contraception et la ménopause.

Les motifs de consultation enregistrés dans le cadre des observations que nous avons réalisées rejoignent les données de cet ouvrage. En effet, sur les 300 patientes observées, alors que 24,7% ont eu la démarche de consulter le gynécologue pour des problèmes ponctuels tels qu'une grossesse soupçonnée, des infections vaginales, des douleurs pelviennes, une stérilité ou encore des suites opératoires, 63% d'entre elles s'inscrivent dans le cadre d'un suivi régulier et préventif qui s'accompagne d'un renouvellement de contraceptif (52% des cas) et d'un traitement hormonal substitutif (48% des cas). Dans un autre registre, les consultations post-natales (8,2%) et les grossesses (4,1%) s'inscrivent elles aussi dans le cadre d'un suivi.

Or si ces données nous informent sur les raisons que les femmes ont aujourd'hui de consulter, elles ne nous disent rien des circonstances qui ont amené les femmes à consulter la première fois. Des questions restent en suspens. En effet, les motifs à la consultation sont-ils tout simplement les mêmes que ceux qui motivent le suivi régulier ? La première consultation inscrit-elle la femme dans un suivi régulier de façon systématique au regard des injonctions dont elle est supposée faire l'objet ? Y a-t-il un âge pour faire son entrée en gynécologie ? L'observation ne nous permettant de ne saisir que quelques éléments informatifs sur cette première consultation, uniquement lorsque nous assistions à une première consultation avec le gynécologue observé, nous avons eu recours au questionnaire afin de recueillir des

²⁰ Cohen J., Madelenat P., Levy-Toledano R., (2000) Gynécologie et santé des femmes. Quel avenir pour la France ?, Eska, Paris.

²¹ Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.

informations sur l'âge ainsi que les motifs à la première consultation. L'analyse des matériaux issus de l'observation mais aussi des entretiens et des questionnaires fait apparaître des différences marquées plus particulièrement en fonction de l'âge des patientes. Cinquante quatre femmes âgées de 18 à 80 ans avec une représentation proportionnelle des tranches d'âge (18-27 ; 28-37 ; 38-47 ; 48-57 ; 58-67 ; 68-77) ont accepté de répondre à ce questionnaire. De l'analyse des réponses, il ressort tout d'abord que 51% des premières consultations ont eu lieu entre 13 et 18 ans, 37% entre 19 et 28 ans et 7,4% entre 29 et 38 ans et 1,8% respectivement dans chaque tranche d'âge supérieure. Les motifs qui ont amené les femmes en consultation gynécologique sont les suivants, répartis selon les âges lors de cette première consultation, dans le tableau ci-dessous :

	09-18	19-28	29-38	39-48	49-58	59-68	69-78	Total (%)
Puberté	1	.	.	.	.	.	.	1,8
Contraception	13	6	.	1	.	.	.	37
Grossesse	1	7	2	.	.	.	.	18,5
Avortement	.	1	.	.	.	.	.	1,8
Fausse-couche	.	1	.	.	.	.	.	1,8
Irrégularité menstruelle	3	1	.	.	.	.	.	7,4
Règles douloureuses	1	1	.	.	.	.	.	3,7
Mariage	3	.	.	.	.	.	.	5,5
Pathologies	3	1	.	.	.	1	.	9,2
Contrôle préventif	3	2	2	.	.	.	1	14,8
Ménopause	.	.	.	.	1	.	.	1,8
Total (%)	51	37	7,4	1,8	1,8	1,8	1,8	

Ainsi, nous avons distingué trois temps d'entrée en gynécologie à savoir les « jeunes filles », nous reviendrons sur la définition de cette catégorie, les femmes ménopausées et la période de vie que nous appellerons « entre temps ». En effet, il ressort que la puberté et la ménopause qui par ailleurs constituent les deux pôles de la vie physiologique féminines correspondent aujourd'hui à deux façons distinctives d'entrer en gynécologie même si les motifs de la consultation se recoupent étrangement. Entre ces deux pôles spécifiques se situe la plus

grande période de vie qui se caractérise par des « petits bobos », des maladies graves mais aussi et peut-être plus particulièrement par la question récurrente d'être ou ne pas être enceinte.

1.2 Du côté des gynécologues : des éléments de démographie médicale

La gynécologie est un domaine de la médecine qui regroupe plusieurs spécialités : la gynécologie médicale, l'obstétrique et la gynécologie chirurgicale. Selon les sources, ces distinctions sont plus ou moins prises en compte. Si d'une manière générale, seuls gynécologues médicaux et obstétriciens sont discriminés, le SYNGOF²², par exemple, discerne quatre grandes familles de gynécologues : les gynécologues médicaux (35% de ces professionnels), les gynécologues-obstétriciens (12%), les gynécologues-obstétriciens pratiquant la chirurgie (50%) et les chirurgiens gynécologues (3%). Au total, le nombre de ces spécialistes est estimé à 7 201 au 1^{er} janvier 2006²³. Parmi ces 7 201 spécialistes, on compte 2 127 gynécologues médicaux et 5 074 gynécologues-obstétriciens. Cette distinction reste néanmoins toute relative. En effet, il apparaît que le recensement démographique de ces spécialistes s'appuie uniquement sur leur formation et le diplôme qu'ils ont obtenu :

« Les médecins ne sont pas tenus de déclarer l'activité soignante réellement exercée et le contexte dans lequel elle est pratiquée. Ainsi, l'information disponible est celle qui correspond à leur diplôme ou à leur qualification alors que leur pratique s'en est éloignée » (Berland, 2005 : 10).

Ainsi, des médecins ayant suivi une formation de gynécologie-obstétrique peuvent très bien n'avoir jamais eu l'intention d'exercer en obstétrique et avoir toujours voulu pratiquer la gynécologie médicale en cabinet libéral. Ils seront néanmoins comptabilisés parmi les obstétriciens au regard de leur diplôme. Il en va de même pour ceux qui, en l'absence de poste en maternité, exercent par défaut la gynécologie médicale en libéral. Ces gynécologues représenteraient un tiers des internes formés chaque année en gynécologie-obstétrique

²² Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France.

²³ Chiffre donné par la DRESS, document de travail, série statistique n°103, octobre 2006. Les statistiques publiées par la DREES sont établies à partir du répertoire administratif ADELI auquel tous les médecins sont tenus de s'inscrire. Les chiffres publiés sont des estimations obtenues après redressement du fichier ADELI à partir des données issues du Conseil de l'Ordre et de la CNAMTS.

(Cohen, Madelenat, Levy-Toledano, 2000). Lors d'une assemblée générale du 09 mars 2007, le SYNGOF attire l'attention sur ce déficit de postes ainsi que sur les conséquences encourues pour les médecins formés à l'obstétrique :

« Une personne sur six n'a pas de poste en 2007, ni assistant spécialiste ni chef de clinique. Ce chiffre sera près de un sur trois en 2008. [...] On observe des situations étonnantes dans certaines régions où des internes prolongent leur internat de manière démesurée (prennent des dispos, font des enfants, des DEA, des stages dans d'autres pays ou service mais à leurs frais...). Tout cela pour patienter en espérant qu'un poste se libère. D'autres ne font pas de post internat et s'installent directement en ne faisant pas de gynécologie obstétrique mais de la gynécologie médicale, de l'endocrinologie ou de l'échographie »

L'endocrinologie, comme l'échographie, sont deux spécialités qui peuvent s'acquérir lors d'une formation complémentaire et, selon les sources, les médecins pourront être comptabilisés soit comme gynécologues médicaux soit comme endocrinologues ou encore échographes. Par ailleurs, lors de notre enquête, nous avons pu constater qu'au sein d'un même service hospitalier, des obstétriciens assuraient également des consultations externes de gynécologie médicale.

Si ces données ne permettent pas d'avoir une image exacte de la réalité de cette profession, elles laissent, néanmoins, entrevoir l'étroite relation qui lie la gynécologie à l'obstétrique, nous y reviendrons.

1.2.1 Une répartition géographique inégale

La répartition des gynécologues sur le territoire français est très inégale. Sur les 2 127 gynécologues médicaux, 616 exercent en Ile de France dont 252 à Paris ; 196 en Rhône-Alpes-Côte-d'Azur, 175 en Aquitaine, 140 en Midi-Pyrénées (cf tableau 18a). Les régions dans lesquelles ils sont les moins représentés sont l'Alsace avec 16 gynécologues, le Limousin avec 15 d'entre eux et la Corse avec seulement 5 de ces spécialistes. La densité médicale, omnipraticiens et tous spécialistes confondus, varie de manière très significative d'une région à l'autre. Celles du Sud connaissent des densités plus élevées que celles du Nord (Berland, 2005). Ce déséquilibre Nord/Sud qui se vérifie clairement pour l'ensemble des spécialistes, n'est pas aussi marqué pour les gynécologues. Même si on enregistre cinq fois

plus de gynécologues en Provence-Alpes-Côte-d'Azur (196) qu'en Picardie (38), on remarque que le Nord-Pas-de-Calais (133) en compte deux fois plus que le Languedoc Roussillon (58) (tableau 18a).

Tableau 18 a. Effectifs des médecins par région et secteur d'activité

GYNECOLOGIE MEDICALE	Total Métropole		Cabinet		Hôpital public		Hôpital privé PSPH non lucratif		Hôpital privé non PSPH lucratif		Autres	
	Nombre	Femmes en %	Nombre	Femmes en %	Nombre	Femmes en %	Nombre	Femmes en %	Nombre	Femmes en %	Nombre	Femmes en %
Alsace	16	68.8	16	68.8	.	.	.	.	.	.	.	.
Aquitaine	175	89.9	166	91.0	3	52.2	.	.	1	.	5	100.0
Auvergne	35	82.9	31	80.6	2	100.0	.	.	1	100.0	1	100.0
Basse Normandie	28	75.1	27	74.1	.	.	.	.	.	.	1	100.0
Bourgogne	25	88.0	25	88.0	.	.	.	.	.	.	.	.
Bretagne	76	81.6	74	81.1	1	100.0	.	.	.	.	1	100.0
Centre	52	88.5	49	87.8	3	100.0	.	.	.	.	.	.
Champagne Ardenne	25	82.8	23	91.3	2	.	.	.	.	.	.	.
Corse	5	100.0	5	100.0	.	.	.	.	.	.	.	.
Franche-Comté	24	91.7	24	91.7	.	.	.	.	.	.	.	.
Haute Normandie	65	87.7	64	87.5	1	100.0	.	.	.	.	.	.
Ile-de-France	616	90.8	539	91.7	21	76.7	6	80.7	2	48.3	47	90.2
Languedoc Roussillon	58	82.7	53	81.1	2	100.0	.	.	.	.	2	100.0
Limousin	15	93.3	15	93.3	.	.	.	.	.	.	.	.
Lorraine	92	84.6	86	84.9	4	67.6	1	100.0	.	.	1	100.0
Midi-Pyrénées	140	92.1	129	93.8	8	61.9	2	100.0	.	.	1	100.0
Nord Pas de Calais	133	82.7	109	84.4	10	50.6	5	75.0	.	.	9	100.0
Pays de la Loire	86	93.1	83	92.8	2	100.0	.	.	.	.	1	100.0
Picardie	38	84.1	32	84.4	3	66.8	.	.	1	100.0	2	100.0
Poitou Charentes	42	81.1	39	82.1	3	69.7	.	.	.	.	.	.
Provence-Alpes-Côte d'Azur	196	89.1	169	89.3	9	75.3	.	.	.	.	18	94.0
Rhône-Alpes	183	88.4	163	89.0	7	85.2	6	79.6	.	.	8	86.7
France métropolitaine	2 127	88.2	1 921	88.8	83	72.2	20	82.2	5	55.8	97	93.0
D.O.M.	8	59.9	6	83.3	2	.	.	.	.	.	.	.
France entière	2 135	88.1	1 927	88.7	85	70.2	20	82.2	5	55.8	97	93.0

Source : DREES, 2006, série statistique n°103

A l'intérieur des différentes régions, là encore les disparités sont importantes puisque, si des gynécologues sont implantés dans des communes de 20 000 habitants, il reste que la majorité s'installe dans les villes de plus de 200 000 habitants (Tableau 18 e) au détriment des petites communes et des zones rurales.

Tableau 18 e. Pourcentage des médecins par tranche d'unité urbaine et tranche d'âge

Tranche d'unité urbaine	% Fem	Effectif	- de 30 ans	30 à 34 ans	35 à 39 ans	40 à 44 ans	45 à 49 ans	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 ans et +	TOTAL En %
Ensemble	88.2	2 127	.	0.1	0.1	0.7	23.3	32.8	28.6	10.8	2.2	1.4	100.0
Commune rurale	100.0	8	.	.	.	.	37.5	25.0	37.5	.	.	.	100.0
U. u. de moins de 5 000 hab.	79.9	26	.	.	.	8.4	31.8	27.3	16.2	12.5	3.9	.	100.0
de 5 000 à - de 10 000 hab.	82.9	70	.	.	.	.	34.3	31.4	30.0	1.4	2.9	.	100.0
de 10 000 à - de 20 000 hab.	84.1	110	.	.	.	.	20.0	38.4	30.1	11.4	.	.	100.0
de 20 000 à - de 50 000 hab.	83.1	191	.	.	0.5	1.6	21.8	35.3	31.4	7.3	2.1	.	100.0
de 50 000 à - de 100 000 hab.	84.6	157	.	.	.	1.4	28.6	28.3	29.3	10.4	1.9	.	100.0
de 100 000 à - de 200 000 hab.	84.4	183	.	0.7	.	.	26.6	35.2	28.0	8.3	1.3	.	100.0
de 200 000 à - de 2 000 000 hab.	90.2	794	.	0.1	0.1	0.8	28.8	32.3	24.9	11.0	1.3	0.8	100.0
Agglomération parisienne	90.8	588	.	.	.	0.3	12.7	32.5	32.8	13.6	4.1	3.9	100.0

Source : DREES, 2006, série statistique n°103

Ces disparités géographiques entraînent tout naturellement un accès aux spécialistes plus ou moins facile et/ou possible et peuvent contribuer au fait que 40% des femmes, en France, ne consultent pas un ou une gynécologue. Dans les zones géographiques où ils sont très faiblement représentés, les femmes confient le plus souvent leur suivi gynécologique à leur médecin généraliste ainsi qu'en témoigne le Dr Jean-Paul Savelli, généraliste installé depuis vingt ans à Chaufaillles²⁴ :

« Ici, nous sommes loin de tout, ce qui me place inévitablement en première ligne. Quelques unes de mes patientes prennent bien leur voiture pour aller consulter un gynécologue à Roanne ou à Paray-le-Monial. Mais lorsqu'il y a une urgence, si elles saignent par exemple, c'est moi qu'elles viennent voir ! Eh puis, il y a toutes les autres, celles qui ne peuvent pas se déplacer ou qui préfèrent se faire suivre par leur médecin de famille. » (Bulletin de l'Ordre des médecins, mai 2000)

Des femmes rencontrées en Basse Normandie²⁵ m'ont dit ne pas être suivies par un gynécologue car il n'y en avait pas à l'époque où elles ont débuté une contraception, pour les plus jeunes, ou un traitement hormonal substitutif à la ménopause, pour les plus âgées. Elles s'étaient adressées à leur généraliste qui continue d'assurer leur suivi gynécologique. Afin de mettre en évidence ces inégalités géographiques, nous avons calculé le nombre moyen de femmes (âgées de 15 ans et plus) par gynécologue pour la France puis pour l'Ile de France, l'Alsace et le Limousin²⁶ :

Régions	France	Ile de France	Alsace	Limousin
Nombre femmes par gynécologue	11 378	7 702	44 626	21 405

²⁴ Chaufaillles est une ville de 5 000 habitants située à 38 km de Roanne.

²⁵ Par le biais d'un réseau amical

²⁶ A partir des données de l'INSEE, chiffres clés, Enquêtes annuelles de recensement 2004-2006

Au regard des très fortes disparités qui apparaissent à partir de ce simple calcul, on comprend les difficultés d'une femme vivant en Alsace, par exemple, pour consulter un gynécologue, a fortiori si celle-ci habite dans une zone rurale.

1.2.2 Féminisation des gynécologues médicaux

La spécialité de gynécologie médicale est également caractérisée par une féminisation très marquée. Alors que les femmes représentent 38,4% de l'ensemble des médecins, elles constituent en moyenne 88,2% des gynécologues médicaux (tableau 1a), jusqu'à 100% en Corse, 93% dans les Pays-de-la-Loire ou le Limousin, et 90% en Ile de France (tableau 18a).

Tableau 1 a. Ensemble des médecins

	Total Métropole			Libéraux		Total salariés		Salariés hospitaliers		Autres salariés		D.O.M.
	Nombre	dens* .	Femmes en %	Nombre	Femmes en %	Nombre	Femmes en %	Nombre	Femmes en %	Nombre	Femmes en %	
Ensemble des médecins	207 277	340	38.4	121 634	30.9	85 643	49.1	61 797	42.3	23 846	66.8	4 436
Omnipraticiens	101 267	166	38.3	68 411	29.4	32 856	56.7	18 199	48.3	14 658	67.1	2 402
Médecine générale	82 954	136	38.9	58 176	30.3	24 778	59.1	13 430	50.6	11 348	69.2	2 158
Autres (voir tableau 1 b.)	18 313	30	35.3	10 235	24.3	8 078	49.3	4 769	41.7	3 310	60.1	244
Spécialistes	106 010	174	38.6	53 223	32.7	52 787	44.4	43 598	39.8	9 188	66.3	2 034
Spécialités médicales	58 489	96	40.1	29 726	36.4	28 763	44.0	26 762	42.2	2 000	67.5	30
Anatomie et cytologie pathologique	1 604	3	59.6	757	50.3	847	67.9	795	67.7	52	70.3	24
Anesthésiologie Réanimation	10 401	17	36.6	3398	26.0	7 003	41.7	6923	41.6	79	49.3	245
Cardiologie	6 058	10	17.5	3862	14.1	2 196	23.6	2109	23.2	87	33.4	97
Dermatologie et vénéréologie	4 052	7	63.7	3457	64.1	595	61.4	484	58.8	112	72.7	60
Endocrinologie et métabolisme	1 481	2	68.4	742	69.0	739	67.8	695	67.9	44	67.1	29
Gastro-Entérologie Hépatologie	3 387	6	21.9	1953	15.8	1 434	30.3	1376	30.2	58	30.8	60
Génétique médicale	135	0	65.8	8	100.0	127	63.6	117	63.1	10	69.7	2
Gynécologie médicale	2 127	8	88.2	1930	88.7	197	83.4	101	74.4	95	92.9	8
Hématologie	347	1	49.3	13	46.2	334	49.4	312	49.2	22	52.7	9
Médecine interne	2 441	4	26.9	386	16.8	2 055	28.7	1980	29.1	75	19.5	38
Médecine nucléaire	444	1	30.5	175	22.3	269	35.9	260	36.5	9	19.7	2
Médecine physique et de rééducation	1 875	3	41.2	547	21.0	1 328	49.5	1164	47.6	164	63.2	29
Néphrologie	1 211	2	29.8	287	24.4	924	31.5	876	31.0	48	41.4	35
Neurologie	1 822	3	39.0	727	34.7	1 095	41.9	1065	41.5	30	54.2	37
Oncologie médicale	587	1	40.8	148	26.4	439	45.7	434	45.5	6	66.0	5
Pédiatrie	6 744	60	59.4	2885	54.3	3 859	63.3	3059	56.9	800	87.6	188
Pneumologie	2 691	4	32.1	1066	24.6	1 625	37.0	1528	36.0	97	54.1	35
Radiodiagnostic et imagerie médicale	7 749	13	29.0	5216	22.2	2 533	42.9	2414	42.9	120	42.6	150
Radiothérapie	659	1	33.5	304	29.9	355	36.6	349	36.5	7	43.1	10
Réanimation médicale	15	0	51.5	-	-	15	51.5	15	51.5	-	-	1
Rhumatologie	2 656	4	35.7	1865	31.5	791	45.4	706	44.7	84	51.1	30
Spécialités chirurgicales	24 430	40	23.0	15 964	23.7	8 466	21.6	8 101	20.3	365	51.4	564
Chirurgie générale	4 238	7	7.1	1 766	4.0	2 472	9.3	2 435	9.3	37	11.0	1 097
Chirurgie infantile	137	0	35.4	21	33.3	116	35.8	116	35.8	-	-	91
Chirurgie maxillo-faciale	54	0	25.9	35	8.6	19	58.1	19	58.1	-	-	7
Chirurgie orthopédique et traumatol.	2 271	4	2.7	1 369	1.6	902	4.4	893	4.4	9	9.5	42
Chirurgie plastique et reconstructrice	498	1	18.8	431	18.3	67	21.5	66	21.7	1	-	8
Chirurgie thoracique et cardiaque	264	0	6.6	92	4.3	172	7.8	169	8.0	3	-	9
Chirurgie urologique	702	1	2.4	486	1.6	216	4.1	216	4.1	-	-	10
Chirurgie vasculaire	379	1	5.2	245	4.1	134	7.2	134	7.2	-	-	4
Chirurgie viscérale	656	1	12.4	261	6.5	395	16.3	392	16.1	3	34.3	18
Gynécologie obstétrique	5 074	20	36.7	3 082	36.9	1 992	36.5	1 921	35.7	72	58.2	178
Neurochirurgie	382	1	9.1	90	6.7	292	9.8	287	10.0	5	-	11
Ophthalmologie	5 489	9	43.2	4 692	42.1	797	49.7	668	45.3	129	72.5	110
Oto-rhino laryngologie	2 957	5	16.4	2 254	13.1	703	26.7	647	26.0	56	35.5	58
Stomatologie	1 328	2	15.8	1 140	13.3	188	30.9	138	22.9	51	52.9	18
Biologie médicale	3 075	5	48.1	991	32.3	2 084	55.6	1 466	54.3	618	58.4	67
Psychiatrie	13 601	22	43.7	6 460	37.8	7 141	49.0	6 287	48.0	854	56.5	223
Médecine du travail	5 183	8	70.2	67	62.7	5 116	70.3	443	74.4	4 674	69.9	63
Santé publique	1 232	2	59.2	15	46.7	1 217	59.3	539	51.9	678	65.2	20
D.O.M.	4 436	241	32.8	2 461	28.1	1 975	38.6	1 509	33.2	466	56.0	
France métropolitaine + D.O.M.	211 713	337	38.3	124 095	30.8	87 618	48.9	63 306	42.1	24 312	66.6	

* Nombre de médecins pour 100 000 habitants, sauf pour la pédiatrie (enfants de moins de 15 ans) et gynécologie obstétrique (femmes de 15 ans et plus).
Pour les densités régionales et départementales, voir les tableaux 5d et 5e.

Source : DREES, 2006, série statistique n°103

La féminisation des professions de santé est une tendance amorcée avec l'explosion démographique médicale enregistrée entre 1945 et 1970, ce qui avait entraîné une chute du Numerus Clausus à partir de 1971. Les candidats masculins ont depuis lors été beaucoup moins nombreux alors que le nombre des candidates féminines n'a cessé d'augmenter de

façon régulière. De plus en plus nombreuses à être bachelières de section scientifique²⁷, les filles sont nombreuses à s'inscrire dans les filières médicales alors que les garçons désertent la médecine pour s'orienter désormais vers les grandes écoles. Femmes et hommes investissent des marchés du travail différents entraînant « *une nouvelle répartition sexuelle des professions qui est elle-même le reflet d'une division du travail remanié dans les catégories sociales supérieures* » (Hardy-Dubernet, 2005 : 36). Dans le cadre des professions médicales, l'orientation vers telle ou telle spécialité reste largement sexuée. Les femmes briguent majoritairement des spécialités médicales « relationnelles » (Lapeyre, Le Feuvre, 2005 : 63) comme la dermatologie (63,7%), la pédiatrie (59,4%) ou la gynécologie médicale (88,2%) alors que les hommes sont surreprésentés dans des spécialités faisant appel à des appareillages techniques telles que la cardiologie (82,5%) ou la chirurgie (77%) (tableau 1a). Ce phénomène se retrouve au sein d'une même spécialité et particulièrement en gynécologie. En effet, si 88,2% des gynécologues médicaux sont des femmes, ces dernières sont sous représentées en obstétrique (36,7%). L'attraction vers une spécialité est très souvent liée, pour les femmes, à la possibilité de mieux gérer son temps (Paicheler, 2001) et par conséquent à la volonté d'éviter celles qui sont le plus chronophages afin de mieux concilier travail/famille (Lapeyre, Le Feuvre, *op. cit.*). L'obstétrique exige en effet un nombre d'heures de garde très important. De ce fait, les femmes adoptent des modes d'exercice spécifiques. Majoritairement représentées dans l'exercice salarié, elles investissent désormais de plus en plus l'activité libérale entraînant le développement de ce mode d'exercice professionnel particulièrement marqué en gynécologie médicale. Néanmoins, les femmes ont pu surtout s'implanter dans des spécialités dévaluées du fait de leur faible technicité (Paicheler, *op. cit.*), la chirurgie ou la cardiologie demeurant, par exemple, des bastions masculins à forte valorisation professionnelle et sociale. « *Les femmes n'accèdent encore que rarement à des postes dits de pouvoir. Il y a dans les rangs peu de professeurs, par exemple* »²⁸ Il n'en demeure pas moins que la féminisation des professions médicales entraîne une nouvelle façon de concevoir la médecine. Ce constat, partagé par les différentes études réalisées sur la féminisation des professions médicales (Paicheler, 2001, 2005 ; Lapeyre, Le Feuvre, 2005), est particulièrement mis en avant par les travaux internes à la profession qui craint une dévalorisation :

²⁷ Si les filles progressent dans toutes les séries du Bac. De plus en plus nombreuses à accéder au Bac S, elles restent cependant minoritaires dans cette filière par rapport aux garçons et la croissance des orientations littéraires reste très forte pour les filles et modérée pour les garçons (Baudelot, Estabiet, 2006).

²⁸ Bulletin du Conseil de l'Ordre des médecins, n°4, avril 2006.

« C'est en effet sous l'impulsion des femmes que les médecins, dans leur globalité, revendiquent aujourd'hui une meilleure qualité de vie. Cela va nous obliger à changer radicalement l'organisation des soins. Il faudra aussi tenir compte des particularités de l'exercice au féminin pour revoir certaines questions (sur le temps médical par personne...) afin que l'offre de soins, en France, reste satisfaisante. Et je ne vois pas comment on peut y arriver sans réaugmenter le Numerus Clausus pour le fixer à 8 000 » (Dr Kahn-Bensaude)²⁹

Nous reviendrons largement sur les circonstances qui ont pu favoriser l'entrée des femmes dans cette spécialité au chapitre suivant. Nous reviendrons aussi sur les motivations à exercer une médecine orientée sur la santé sexuelle et reproductive des femmes ainsi que sur la manière de concevoir le métier dans le troisième chapitre.

1.2.3 Répartition par mode d'activité

L'activité en cabinet libéral est de loin le mode d'exercice privilégié par les gynécologues médicaux. Sur les 2 127 recensés par la DREES, 1 988 exercent en libéral dont 1 185 en cabinet individuel et 703 en cabinet de groupe. Les 139 autres gynécologues sont salariés majoritairement de l'hôpital public (83) ou de centres de santé (46) (tableau 18c).

Tableau 18 c. Pourcentage des médecins par secteur d'activité et tranche d'âge

	Age moyen	Effectif	- de 30 ans	30 à 34 ans	35 à 39 ans	40 à 44 ans	45 à 49 ans	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 ans et +	TOTAL En %
Gynécologie médicale													
Total médecins	53.9	2 127	.	0.1	0.1	0.7	23.3	32.8	28.6	10.8	2.2	1.4	100.0
Secteur d'activité													
Hôpital public	53.9	83	.	2.9	.	6.9	19.9	21.2	18.9	28.8	.	1.5	100.0
Hôpital privé PSPH	53.6	20	.	.	.	4.6	22.4	40.6	17.1	10.7	.	4.6	100.0
Hôpital privé non PSPH	59.1	5	.	.	.	.	19.0	.	36.8	19.0	25.2	.	100.0
Centre de santé	56.7	46	.	.	.	.	12.2	26.8	31.4	17.6	9.6	2.4	100.0
Cabinet individuel	54.1	1 185	.	.	.	0.5	24.2	30.9	29.1	10.8	3.0	1.5	100.0
Cabinet de groupe	53.2	703	.	.	0.3	0.3	23.6	37.7	29.0	7.5	0.7	0.9	100.0
Exercice en Société	54.4	33	.	.	.	.	12.1	42.4	33.3	12.1	.	.	100.0
Prévention	56.2	16	.	.	.	.	13.1	31.0	33.1	11.3	6.2	5.2	100.0
Etablissement social	47.0	1	.	.	.	.	100.0	.	.	.	.	.	100.0
Contrôle	55.9	5	.	.	.	.	.	36.2	39.3	24.5	.	.	100.0
Administration	53.3	25	.	.	.	4.1	25.6	24.5	25.0	20.8	.	.	100.0
Autre établissement sanitaire	47.0	1	.	.	.	.	100.0	.	.	.	.	.	100.0
Autres secteurs	62.0	3	.	.	.	.	.	34.7	.	29.9	.	35.4	100.0

Source : DREES, 2006, série statistique n°103

²⁹ Bulletin du Conseil de l'Ordre des médecins, n°4, avril 2006.

Tableau 18 d. Pourcentage des médecins par secteur d'activité selon la tranche d'âge

	Effectif	- de 30 ans	30 à 34 ans	35 à 39 ans	40 à 44 ans	45 à 49 ans	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 ans et +	TOTAL En %
Gynécologie médicale												
Total médecins	2 127	.	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Secteur d'activité												
Hôpital public	83	.	100.0	.	36.3	3.3	2.5	2.6	10.4	.	4.1	3.9
Hôpital privé PSPH	20	.	.	.	6.0	0.9	1.2	0.6	0.9	.	3.2	1.0
Hôpital privé non PSPH	5	.	.	.	.	0.2	.	0.3	0.4	2.8	.	0.2
Centre de santé	46	.	.	.	.	1.1	1.8	2.4	3.5	9.4	3.9	2.2
Cabinet individuel	1 185	.	.	.	38.4	58.0	52.5	56.6	55.8	74.9	61.9	55.7
Cabinet de groupe	703	.	.	100.0	12.8	33.5	38.0	33.5	23.1	10.7	20.6	33.1
Exercice en Société	33	.	.	.	.	0.8	2.0	1.8	1.7	.	.	1.6
Prévention	16	.	.	.	.	0.4	0.7	0.9	0.8	2.2	2.9	0.8
Etablissement social	1	.	.	.	.	0.2	.	.	.	.	.	0.0
Contrôle	5	.	.	.	.	.	0.3	0.3	0.6	.	.	0.2
Administration	25	.	.	.	6.6	1.3	0.9	1.0	2.2	.	.	1.2
Autre établissement sanitaire	1	.	.	.	.	0.2	.	.	.	.	.	0.0
Autres secteurs												

Source : DREES, 2006, série statistique n°103

Ces données ne permettent cependant pas d'avoir une idée exacte de la répartition par mode d'exercice. En effet, la polyactivité et le double lieu d'exercice constituent une tendance importante et en progression pour l'ensemble des professions de santé et plus particulièrement pour la gynécologie. Une enquête de l'ONDPS³⁰ révélait en 2004 que 31,5% des 5 590 gynécologues-obstétriciens ayant un exercice libéral ont également une activité salariée en centre de santé ou à l'hôpital (Berland, *op. cit.*). Tous les gynécologues que nous avons rencontrés témoignent de cette tendance puisque tous avaient une activité libérale doublée d'un exercice en centre hospitalier ou en centre de santé ou de PMI. Mais, les données disponibles ne permettent pas de rendre compte de cette polyactivité car le système ADELI, dont elles sont issues, ne distingue pas la quotité de travail que représente chaque activité déclarée. De plus, les gynécologues ayant déclaré leur exercice libéral ne sont généralement pas tenus de faire de déclaration administrative au système ADELI dans les centres hospitaliers où ils ont aussi une activité. Avoir une double activité est très souvent motivée par le souci de résister à l'isolement intellectuel et de pouvoir échanger des connaissances médicales.

Néanmoins, la préférence pour l'activité libérale reste une tendance largement partagée dans l'ensemble des professions médicales et est un des modes d'activité privilégiée par les femmes médecins. Celles-ci y voient la possibilité de concilier plus facilement la vie

³⁰ Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, *Les effectifs et l'activité des professionnels de santé*, novembre 2004.

professionnelle et la vie familiale en aménageant leurs horaires en fonction de leurs charges familiales, nous l'avons déjà souligné. L'installation en groupe, qui offre l'avantage de partager la gestion d'un cabinet, permet aussi de partager un emploi du temps et offre ainsi une souplesse temporelle voire la possibilité du temps partiel en minimisant le risque de perdre sa clientèle (Hardy-Dubernet, Gadéa, 2005). La préférence pour ce mode d'activité est donc étroitement liée au fait que cette corporation soit majoritairement investie par les femmes.

1.2.4 Vieillesse des gynécologues médicaux

Les données de démographie médicale révèlent également un vieillissement de cette catégorie de spécialistes. L'âge moyen est de 53, 9 ans alors qu'il est de 47,5 ans pour l'ensemble des médecins (omnipraticiens et tous spécialistes confondus). La majorité des gynécologues médicaux ont entre 45 et 65 ans dont 23% entre 45 et 49 ans, 32% entre 50 et 54 ans et 28% entre 55 et 59 ans. Les gynécologues âgés de 30 à 44 ans ne représentent que 1% de la totalité (tableau 18b). Cela implique que 40% des gynécologues médicaux actuellement en activité pourraient partir à la retraite dans les cinq prochaines années et 83% à l'horizon 2020. Ce vieillissement pourrait aussi contribuer à un allongement de la durée moyenne du travail³¹.

³¹ Niel X., Perret J-P., *Féminisation et vieillissement des médecins au cours des années quatre-vingt-dix*, Données Sociales 2002-2003.

Tableau 18 b. Pourcentage des médecins par région et tranche d'âge

GYNECOLOGIE MEDICALE	- de 30 ans	30 à 34 ans	35 à 39 ans	40 à 44 ans	45 à 49 ans	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 ans et +	Total En %	Age moyen
Alsace	.	.	.	.	31.3	37.5	18.8	12.5	.	.	100.0	52.6
Aquitaine	.	.	.	.	29.1	34.0	23.8	9.5	3.1	0.6	100.0	53.2
Auvergne	.	.	.	.	20.3	39.8	28.3	11.6	.	.	100.0	53.7
Basse Normandie	.	.	.	.	28.5	32.0	28.5	11.0	.	.	100.0	53.1
Bourgogne	.	.	.	.	28.0	32.0	28.0	12.0	.	.	100.0	53.1
Bretagne	.	.	.	2.6	22.3	34.4	36.7	2.6	.	1.3	100.0	52.9
Centre	.	.	.	.	17.2	34.5	32.7	9.9	5.7	.	100.0	54.4
Champagne Ardenne	.	.	.	.	27.6	36.9	35.5	.	.	.	100.0	52.9
Corse	.	.	.	.	40.0	.	40.0	.	20.0	.	100.0	55.4
Franche-Comté	.	.	.	4.2	16.7	45.8	25.0	4.2	4.2	.	100.0	53.2
Haute Normandie	.	1.7	.	1.5	20.0	35.3	30.7	10.8	.	.	100.0	53.0
Ile-de-France	.	.	.	0.3	13.2	32.9	32.4	13.5	4.0	3.8	100.0	55.7
Languedoc Roussillon	.	2.2	1.7	2.1	19.1	38.1	28.1	6.9	1.7	.	100.0	52.4
Limousin	.	.	.	.	26.7	33.3	33.3	6.7	.	.	100.0	53.3
Lorraine	.	.	.	1.1	27.5	33.8	24.3	11.2	2.2	.	100.0	53.3
Midi-Pyrénées	.	.	.	0.7	25.8	32.4	28.6	11.8	0.7	.	100.0	53.3
Nord Pas de Calais	.	.	.	.	32.3	36.7	20.0	9.4	1.5	.	100.0	52.4
Pays de la Loire	.	.	.	1.2	28.0	33.6	31.2	4.8	1.2	.	100.0	52.9
Picardie	.	.	.	.	31.6	20.8	37.1	7.8	2.6	.	100.0	53.7
Poitou Charentes	.	.	.	2.7	28.7	23.6	35.5	7.1	2.4	.	100.0	53.2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	.	.	.	1.2	37.0	24.6	24.7	11.6	1.0	.	100.0	52.8
Rhône-Alpes	.	.	0.5	1.2	23.7	34.6	23.5	13.7	0.5	2.2	100.0	53.5
France métropolitaine	.	0.1	0.1	0.7	23.3	32.8	28.6	10.8	2.2	1.4	100.0	53.9
D.O.M.	.	.	.	12.0	28.1	12.0	24.0	.	12.0	12.0	100.0	55.7
France entière	.	0.1	0.1	0.8	23.3	32.7	28.6	10.7	2.2	1.4	100.0	53.9

Source : DREES, 2006, série statistique n°103

Le vieillissement général de l'ensemble des médecins est constitutif d'une régulation des flux de la formation après l'instauration d'un Numerus Clausus en 1971 et de la diminution constante et régulière de celui-ci jusqu'en 1999. Etabli à 8 600 en 1971, il est descendu à 3 500 en 1992. Après une constante révision à la hausse, il a finalement été fixé à 7 000 en 2006, avec l'objectif de le passer à 8 000 en 2007 (Berland, *op. cit.*).

1.3 Une spécialité médicale menacée de disparition

La chute du numerus clausus jusqu'en 1999 n'est pas la seule explication de la situation démographique des gynécologues médicaux. Cette spécialité médicale a en effet subi plusieurs réformes ces vingt dernières années, la plus significative étant celle de 1984. Afin de réduire les inégalités pédagogiques entre la formation des spécialistes et celle des médecins généralistes, une réforme de l'internat de médecine a été entreprise en 1982. Il s'agissait aussi de répondre aux premières mesures de réduction des dépenses de santé en diminuant le nombre de médecins formés et en ralentissant la tendance à la spécialisation, jugée inquiétante car le coût de formation d'un spécialiste est supérieur à celui d'un médecin généraliste. Ainsi a-t-il été décidé de former 60% de généralistes à chaque génération et par voie de

conséquence 40% de spécialistes³². Les directives européennes ont, dans le cadre de cette réforme, joué un rôle majeur puisque la France devait parvenir à harmoniser sa formation médicale avec celle des pays voisins. L'homogénéisation européenne des diplômes médicaux a eu une conséquence toute particulière sur la gynécologie médicale. Spécificité française, elle a été supprimée de la formation en 1984 en tant que spécialité à part entière pour être regroupée avec l'obstétrique. Les conséquences d'une telle réforme sur la démographie de la gynécologie médicale n'étant pas immédiates, cette suppression est passée sous silence dans un premier temps, comme en témoignent les propos du Dr Josette Grenier :

*« Avec la suppression des CES de formation universitaire, nous avons assisté à la disparition de l'enseignement de la gynécologie physiologique et de ses problèmes. Aujourd'hui, on ne forme plus que de brillants techniciens de la chirurgie du pelvis et de la mécanique obstétricale. Au début, on ne s'est pas rendu compte du danger de cette carence, parce que les gynécologues médicaux sont encore nombreux à exercer, mais aussi parce que les endocrinologues se sont engouffrés dans cette brèche. Mme Malvy a le mérite d'avoir pris conscience, avant les autres, de ce qui était en train de se passer. Elle a eu le courage de tirer la sonnette d'alarme ».*³³

Ce n'est en effet qu'en 1997 que le Dr Malvy crée le Collectif des Gynécologues de France afin d'alerter sur les conséquences de cette suppression et revendiquer la réhabilitation d'une formation spécifique et autonome pour la gynécologie médicale. La création d'un médecin référent a été l'élément déclencheur de la mobilisation. La perspective de ne plus pouvoir être remboursé d'une visite chez un spécialiste consulté librement, représentait pour le collectif non seulement le coup de grâce infligé à la spécialité mais également une menace pour la santé des femmes en condamnant, pour une grande partie d'entre elles, l'accès au gynécologue. Les revendications des gynécologues médicaux s'appuient sur un ensemble d'éléments qui ont donné lieu à de vifs débats dont l'analyse permet de repérer dans un premier temps ce que cette spécialité médicale et sa réhabilitation dans la formation médicale met en jeu.

³² La réforme de l'internat de médecine en 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins, Cahiers de Recherche de la MIRE, n°15, février 2003.

³³ Dossier « Gynécologie médicale », Bulletin de l'Ordre des médecins, mai 2000.

1.3.1 La santé sexuelle et reproductive des femmes

L'argument principal mis en avant pour revendiquer la réhabilitation de la gynécologie médicale est le rôle joué par les gynécologues médicaux pour la santé sexuelle et reproductive des femmes. La diminution des cancers du col de l'utérus ainsi que le nombre des hystérectomies (ablation de l'utérus) ou des stérilités définitives, comparativement plus faibles en France que dans les autres pays occidentaux, sont portés au crédit de la consultation gynécologique :

« Dans de nombreux pays d'Europe, la gynécologie n'est pas une discipline médicale mais chirurgicale. Dans ces pays, les ablations de l'utérus et les castrations sont trop souvent les premiers traitements proposés. Du coup une femme sur deux ou trois n'a plus d'utérus à cinquante ans en Europe, contre une sur six en France à la fin de sa vie » (Dr Malvy, Le Monde, 28/03/2000)

Le dépistage des cancers du sein, débuté en 1989 dans le cadre d'une campagne de prévention soutenue par les pouvoirs publics, est en grande partie assuré par les gynécologues libéraux.

« La mortalité la plus forte par cancer du sein se situe en Grande-Bretagne, où les patientes sont suivies par le généraliste » (Dr Espié, Le Monde, 07/05/99)

Il en est de même pour la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus par la pratique régulière du frottis. C'est d'ailleurs au regard de cet argument que la spécialité de gynécologie médicale sera réhabilitée en 2004 :

« En vue de renforcer les dispositifs de santé publique relatifs à la prévention, au dépistage et au traitement des maladies susceptibles d'altérer la santé des femmes ou sexuellement transmissibles, à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse, au suivi et au traitement de la ménopause, au traitement de la stérilité, il est créé un diplôme d'études spécialisées de gynécologie médicale [...] »³⁴

³⁴ Article 57 quinquies, Séance du sénat le 06 février 2002

L'analyse des débats qui ont agité le monde médical et les pouvoirs publics fait apparaître aussi que la réhabilitation de la gynécologie médicale comporte des enjeux qui dépassent largement le souci de préserver et de garantir la santé des femmes.

1.3.2 La rationalisation du système de santé renforce les tensions corporatistes

Il aura fallu plus de cinq années de vifs échanges pour que la décision de réhabiliter cette formation soit entérinée. Le contexte de rationalisation du système de santé va en effet à l'encontre de la formation de spécialistes supplémentaires au regard du coût que cela représente, comme nous l'avons déjà évoqué. Par ailleurs, des études ont montré que les dépenses des services de consultations externes des hôpitaux sont particulièrement élevées en gynécologie. Les prescriptions de médicaments et d'examens complémentaires y sont beaucoup plus fréquentes que dans les autres services³⁵. D'autres études ont révélé que les gynécologues médicaux prescrivaient également beaucoup plus souvent et en plus grande quantité des traitements substitutifs à la ménopause ou encore plus souvent des contraceptifs de troisième génération. Ces derniers sont plus onéreux que ceux de deuxième génération préférés des médecins généralistes qui prennent en charge la contraception de leurs patientes³⁶.

Une polémique autour de la prévention du cancer du col de l'utérus alimente également les débats. Il est reproché aux gynécologues médicaux de ne pas respecter le consensus établi sur la fréquence du dépistage en faisant faire des frottis annuels d'une part et d'autre part de ne s'adresser qu'à une petite frange de la population féminine :

« On a créé une surveillance privilégiée sur un nombre réduit de femmes chez qui on effectue souvent un frottis annuel. Pourtant, il existe un consensus dans le monde entier sur ce point : la dysplasie évoluant en 8 ou 15 ans, un dépistage tous les trois ans suffit. Dans les pays nordiques, on a réussi à réduire considérablement ce type de cancers en adoptant ce rythme. Mais le dépistage s'y fait à une grande échelle : ce sont les généralistes et les sages-femmes qui effectuent les frottis. Nous devrions nous en inspirer »³⁷

³⁵ Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ?, DREES, Etudes et résultats, n°167 avril 2002.

³⁶ La médicalisation croissante de la contraception en France, Population et sociétés, n°381, juillet-août 2002.

³⁷ Pr Tournaire, bulletin de l'Ordre des médecins, mai 2000

La gynécologie médicale est présentée comme un secteur de la médecine particulièrement coûteux ne s'adressant qu'à une poignée de femmes privilégiées.

Ces polémiques révèlent des enjeux corporatistes ravivés par le contexte de rationalisation. Afin de compenser la pénurie des gynécologues médicaux et d'assurer un accès équitable au dépistage et aux soins dans un contexte de réduction des dépenses de santé, un transfert des compétences de la gynécologie médicale vers les médecins généralistes a été décidé en introduisant dans la formation de ces derniers, par le biais de l'internat un stage obligatoire de six mois en gynécologie. Les gynécologues ont vu cette décision comme une dévalorisation de leur profession. Ils estiment avoir des compétences techniques et théoriques qui permettent une meilleure prise en charge des pathologies féminines mais aussi de la contraception et des traitements hormonaux à la ménopause. Cette décision vient réveiller la scission déjà très présente au sein du corps médical entre médecins généralistes et spécialistes, les premiers étant placés dans le bas de la hiérarchie médicale et considérés comme « les rebuts » du système de formation qui exclut les meilleurs étudiants de la médecine générale (Hardy-Dubernet, 2003). Si certains généralistes reconnaissent ne pas avoir de formation suffisante³⁸ pour réaliser correctement et dans les meilleures conditions des actes gynécologiques comme les frottis cervico-vaginaux inscrit dans la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus (Journée annuelle de la Société française de médecine générale, le 10/10/2001), d'autres en revanche affirment avoir les compétences requises pour prendre en charge le suivi gynécologique de leurs patientes et considèrent que « *la gynécologie relève tout à fait de la médecine générale ; on a l'impression d'une chasse gardée, c'est vraiment dommage !* »³⁹. Ce sentiment de « chasse gardée » est très régulièrement mis en avant :

« Les généralistes ont été compétents en gynécologie jusqu'à ce que l'on crée cette spécialité très franchouillarde qu'est la gynécologie médicale et que les médias expliquent aux femmes que « c'est mieux de voir des spécialistes » ».

Pour nombre d'entre eux qui assurent le suivi gynécologique de certaines de leurs patientes, la gynécologie est une compétence qu'ils ont acquise au fil de l'expérience et qui en légitime la pratique. A ce titre ils considèrent la gynécologie non pas comme une spécialité mais comme une compétence :

³⁸ L'enquête menée par M. Gelly sur la formation en médecine générale montre que la contraception est très peu abordée au cours de la formation.

³⁹ Levasseur, Bagot, Honnorat, (2002), *Que disent les médecins généralistes de leurs besoins de formation en gynécologie ?*, Pédagogie médicale, n°3, pp 19-24.

« Existe-t-il une différence de compétence entre les généralistes pratiquant la gynécologie et les gynécologues exerçant en soins primaires la gynécologie ? » (Dr Seyler, médecin généraliste, Que choisir, n°372, juin 2000)

« La gynécologie médicale est plutôt une compétence qu'une véritable spécialité » (Dr Certain, médecin généraliste, Que choisir, n°372, juin 2000)

Ces propos montrent qu'il n'existe pas de délimitation claire des champs de compétences et d'intervention pour la plupart des catégories de médecins. Cette situation, qui résulte du fait que les spécialités sont définies par un critère d'organe, de sexe ou d'âge, conduit inéluctablement *« à des recouvrements des champs de compétences et à la concurrence »* (Broclain, 1992 : 82). Une autre corporation se montre particulièrement hostile à la réhabilitation de la gynécologie médicale dans la formation de médecine : celle des obstétriciens. Rétablir la gynécologie médicale comporte, pour nombre d'entre eux, le risque de tarir les vocations pour l'obstétrique alors que celles-ci s'amenuisent déjà d'année en année. Nous l'avons déjà évoqué, les conditions de travail des obstétriciens n'attirent pas les candidats et encore moins les candidates. En outre, les obstétriciens considèrent qu'il n'est pas pertinent de distinguer la gynécologie de l'obstétrique, ces deux disciplines étant complémentaires. L'un d'eux rencontré à l'hôpital A soulignait ne pas comprendre *« comment un spécialiste de la femme peut se dire spécialiste de la femme s'il n'est même pas compétent pour l'aider à mettre ses enfants au monde ! Mais aujourd'hui, personne ne veut plus travailler, c'est ça aussi le problème »*. Ce qui a particulièrement déclenché la grogne des obstétriciens et entraîné leur opposition plus marquée à la réhabilitation de la gynécologie médicale est la mobilisation des femmes aux côtés des gynécologues. Afin d'appuyer leurs revendications, les gynécologues médicaux ont lancé un appel auprès des femmes en faisant circuler une pétition pour la réhabilitation de la formation. Très largement médiatisé, cet appel, a, au terme de trois ans de mobilisation, permis d'obtenir entre un et deux millions de signatures selon les sources. Plusieurs manifestations de rue sont organisées, la plus importante réunissant à Paris plusieurs milliers de personnes le 25 mars 2000. Les articles de presse se font le relais de la rhétorique professionnelle et offrent aux lecteurs de nombreux témoignages féminins illustrant un attachement particulier à cette consultation gynécologique.

« C'est mon moment de santé. Je parle sans crainte de ce dont j'ai envie de parler, du psychique comme du physique. Je n'irai pas voir un généraliste pour ce genre de choses » (Anne, Le Monde, 07/05/1999)

« On ne vient pas se faire poser un stérilet comme on se fait soigner un rhume. Il faut un contexte, du temps, une capacité d'écoute, une façon de mettre à l'aise. Or un généraliste ne vous reçoit jamais une demi-heure » (Hélie, le Monde, 07/05/1999)

« On ne parle pas de son intimité de femme à son généraliste » « Ici c'est un peu un lieu d'écoute, un lieu à nous » (Libération, 25/03/2000)

Pour les obstétriciens, il est très clair que les femmes se sont trompées de combat. La santé des femmes n'est pas mise en danger par la disparition des gynécologues médicaux puisque la majorité des actes gynécologiques sont d'après eux réalisés par les généralistes et les gynécologues obstétriciens :

« Le mouvement du Dr Malvy – qui n'est pas représentatif de l'ensemble des gynécologues médicaux – veut nous faire croire que sans eux, les femmes de ce pays ne seraient plus soignées correctement. Mais c'est faux ! N'oublions pas que l'essentiel des actes de gynécologie médicale –contraception, dépistage des cancers et traitement de la ménopause – est réalisé par des généralistes et des gynécologues obstétriciens » (Pr Tournaire, Bulletin de l'Ordre des médecins, mai 2000)

En revanche, ils considèrent que les femmes encourent de véritables dangers durant la grossesse et l'accouchement en raison de la fermeture des petites maternités et de la pénurie alarmante d'obstétriciens. C'est donc pour sauver l'obstétrique que les femmes devraient plutôt se mobiliser :

« On ferait bien de regarder du côté de l'obstétrique, car nous allons vers une pénurie majeure dans cette spécialité [...] Je m'inquiète moins pour le suivi des femmes au cas où les gynécologues médicaux seraient moins nombreux, que pour les dangers potentiels qui guettent les patientes face à la pénurie d'obstétriciens » (Pr Tournaire, Bulletin de l'Ordre des médecins, mai 2000)

Les obstétriciens bénéficient du soutien des politiques qui rappellent que le combat des femmes ne doit pas faire oublier que l'enjeu du projet de loi sur la qualité du système de santé reste la santé des enfants à naître. Même si d'aucuns rappellent que les femmes ne doivent pas être considérées uniquement comme des reproductrices ou des procréatrices, cette posture ne peut pas être ignorée ainsi qu'en témoigne les débats du sénat du 06 février 2002 :

« Dans ce projet de loi sur la qualité du système de santé, notre préoccupation à tous, ce sont les handicapés. Je veux donc insister sur l'importance de la surveillance de la grossesse, de la prévention de la prématurité et de la réanimation médicale, tous ces éléments conditionnant l'évolution du nombre de handicapés à l'avenir. Les demandes des femmes ne doivent pas nous faire oublier le suivi de la grossesse parce que sinon nous aboutirons au contraire de ce que nous souhaitons » (Giraud F.)

Enfin, la question du pouvoir des obstétriciens est évoquée. Placés au sommet de la hiérarchie dans le champ de la gynécologie-obstétrique, les obstétriciens entendent bien conserver leur position et en useraient pour imposer leur position.

« Les obstétriciens ont considéré qu'un gynécologue n'était complet que s'il avait des connaissances en obstétrique. En un mot qu'on était d'abord accoucheur. On pourrait imaginer une filière où l'interne fait un peu d'obstétrique et beaucoup d'endocrinologie et d'étude des pathologies connexes. Ce n'est pas l'orientation actuelle pour des raisons de pouvoir des obstétriciens » (Dr Belaisch, gynécologue-obstétricien, Le Nouvel Observateur, 14/10/99)

Sur cette question du pouvoir, des témoignages de femmes gynécologues laissent entendre que le genre constitue une variable déterminante.

1.3.3 Le genre dans les rapports de pouvoir

Si certains gynécologues affirment qu'« *il ne s'agit pas d'un combat corporatiste [...] mais d'une lutte pour la santé des femmes* »⁴⁰, d'autres plus nombreux y voient des rapports de pouvoir au cœur desquels le genre occuperait une place centrale.

⁴⁰ Dr M. Perez, Le figaro, 12/05/1999

« Je me demande s'il n'y a pas un conflit de pouvoir : la gynécologie médicale, en majorité féminine, prétend empiéter sur le pouvoir de l'obstétrique, plus masculin. Les hommes n'aiment pas tellement que les femmes prennent le pouvoir »⁴¹

Les prises de parole des différents acteurs engagés dans les débats sur la formation des gynécologues soulignent avec récurrence que l'identité sexuée du médecin constitue en gynécologie une variable déterminante pour la qualité non seulement de la relation avec les patientes mais également de la prise en charge des problèmes de santé spécifiquement féminins. Les gynécologues médicaux qui sont, on l'a vu, à 90% des femmes, présentent leur identité sexuée comme une plus value professionnelle. Parce qu'elles sont des femmes, elles sont mieux à même de comprendre les femmes et donc de les soigner. A ce titre, elles se considèrent plus compétentes que leurs confrères masculins. Cet argument est jugé bien peu convainquant par les obstétriciens qui estiment être tout aussi compétents pour prendre en charge la santé des femmes :

« Il me semble démesuré d'affirmer que les hommes ne peuvent pas comprendre les femmes. Sans pour autant s'intéresser à tous leurs problèmes, ils sont capables d'éprouver pour elles une empathie de nature à établir une véritable relation de confiance » (Lorrain J-L., sénateur et médecin, séance du sénat le 06 février 2002)

Or sur ce point les obstétriciens ont bien du mal à être entendus et soutenus. Les pouvoirs publics ne peuvent ignorer ni la mobilisation massive des femmes aux côtés des gynécologues ni leur attachement à cette consultation « féminine ». Les témoignages allant dans le sens d'une préférence très marquée pour une femme gynécologue ont été largement médiatisés. Les propos de B. Kouchner, alors ministre de la santé, en rappellent les enjeux lors de cette même séance au sénat :

« Les femmes sont habituées à aller consulter leur gynécologue médical, qui est un peu le généraliste de la femme et en qui elles ont confiance parce qu'elles peuvent ainsi établir un dialogue de femme à femme. Des amis obstétriciens ont tenté de me convaincre qu'après tout ce dialogue peut aussi être instauré avec eux. Mais je considère que ce n'est pas complètement vrai. Puis-je vous rappeler que sur ce sujet, une pétition a réuni entre 1 et 2 millions de

⁴¹ Dr A. Cabau, gynécologue, Le Nouvel Observateur, 14/10/99

signature ? Que des femmes ont manifesté pour un droit qu'elles avaient conquis en faveur des femmes » (Kouchner, sénat le 06 février 2002)

Le fait que les obstétriciens revendiquent aujourd'hui la pratique de la gynécologie médicale agace les femmes gynécologues qui rappellent à l'occasion comment ces mêmes obstétriciens leur ont délégué cette spécialité au moment de sa création :

« Après nous avoir octroyé, il y a trente ans, « la médecine de bonne femme » dont ils ne voulaient pas, ils trouvent que nous empiétons trop sur leurs platebandes » (Dr Malvy)

Pratiquer « une médecine de bonne femme » n'était pas valorisant ainsi que le raconte le Dr Cabau :

« A l'époque [1965], 90% des gynécologues médicaux passaient par la filière du CES, et c'était presque toutes des femmes. Il y avait très peu de garçons. Nous étions mal vues, on nous appelait les « guette-au-trou » (le Nouvel Observateur, 14/10/1999)

Au terme de cet « état des lieux », force est de constater que la féminisation de cette spécialité médicale semble cristalliser des enjeux de plusieurs ordres. Un enjeu corporatiste tout d'abord entre gynécologie et obstétrique. Au-delà, la question de l'identité sexuée du praticien s'érige, à travers les prises de parole des différents acteurs engagés dans les débats, comme une donnée déterminante en gynécologie médicale. Si à aucun moment l'identité sexuée de l'obstétricien n'est présentée comme une variable déterminante dans la pratique de l'obstétrique, elle l'est en revanche pour la gynécologie médicale. Considérée comme une plus value professionnelle pour mieux servir et soigner les femmes, elle est contestée par les hommes qui pourtant ont mobilisé ce même argument à un moment de l'histoire pour justifier leur refus de la gynécologie médicale. Cette rhétorique professionnelle prend plus de force encore à travers la médiatisation de témoignages de femmes affirmant être attachées à cette consultation notamment parce qu'elles y sont reçues par des femmes. Un des objectifs de notre travail sera d'apporter, à partir de données empiriques, des éclairages sur la manière dont l'identité sexuée du praticien impacte la relation et la gestion du corps féminin dans l'espace de la consultation de gynécologie médicale. Mais il convient tout d'abord de convoquer l'histoire afin d'en saisir les fondements.

Chapitre 2 : Conditions d'émergence de la spécialité

La gynécologie médicale est très récente dans l'histoire de la médecine. Les médecins se sont longtemps tenus à distance du corps féminin en raison des représentations négatives qu'ils en avaient et qu'ils contribuèrent à alimenter jusqu'au XVIII^{ème} siècle. Après avoir rappelé comment ce désintérêt permettait d'assurer la permanence de la domination masculine, nous en évoquerons rapidement les conséquences sanitaires pour les femmes. En respectant la chronologie des évolutions de la médecine, nous verrons que c'est autour du contrôle de la reproduction que la femme fera l'objet d'une attention particulière de certains médecins qui vont à partir du XVIII^{ème} siècle se lancer dans une conquête professionnelle : l'obstétrique. S'ils prennent appui sur les réorganisations hospitalières de l'époque, cette conquête impliquera aussi l'interdiction pour les femmes d'accéder aux études de médecine. En s'appropriant le savoir qu'elles détiennent sur la grossesse et l'accouchement, les médecins vont placer les femmes sous leur contrôle. Alors que se multiplient les découvertes scientifiques, obstétrique et gynécologie se développent simultanément mais c'est véritablement la médicalisation de la contraception qui conduit à la création de la spécialité française de gynécologie médicale dans les années 1960. Revenir sur les conditions de sa création permet de rendre compte des rapports de pouvoir dans lesquels elle s'inscrivait alors et aussi de constater que finalement quarante ans plus tard l'histoire se rejoue quasiment à l'identique.

2.1 La santé des femmes au prisme des représentations médicales

Sur l'échelle de l'histoire du corps des femmes françaises, la consultation de gynécologie médicale est finalement très récente. Les historiens travaillant sur l'histoire des femmes se sont attachés à montrer le lien entre le lent développement de cette spécialité médicale et le statut réservé aux femmes dans la société. Le statut de la femme comme l'évolution des progrès scientifiques sont particulièrement liés aux théories de la différence sexuelle et s'inscrivent dans une bataille autour du genre et du pouvoir (Laqueur, 1992 : 26). Si la

médecine a contribué aux transformations du regard de la société sur le corps des femmes au XIX^{ème} siècle (Shorter, 1984), elle a néanmoins alimenté un ensemble de croyances relatives au corps féminin.

2.1.1 La matrice : in utero tota mulier est⁴²

Si la généalogie de la médecine occidentale est généralement inscrite dans l'antiquité grecque, Knibiehler et Fouquet (1983) en attribuent les prémices à l'Égypte ancienne en prenant appui sur l'existence de deux papyrus Kahun et Ebers (1900 av J-C) qui témoignent de l'intérêt des égyptiens antiques pour le corps féminin et l'interprétation de ses désordres. Les troubles du comportement féminin étaient attribués à la position de la matrice et des fumigations permettaient de les soigner en faisant revenir l'utérus à sa place.

Les grecs anciens auraient hérité de ces représentations et de ces savoirs en ce que leurs écrits certes plus nombreux et plus élaborés montrent des similitudes avec cette interprétation. La place de la matrice dans l'approche du corps féminin reste en effet centrale dans les textes hippocratiques. Si sa position influe sur le comportement féminin, c'est que l'utérus est situé près des sentiments les plus nobles qu'Hippocrate plaçait dans le diaphragme. Organe migrateur, l'utérus est le lieu de la procréation pour laquelle il attribue à la femme un rôle équivalent à celui de l'homme. Il affirme en effet l'existence de deux semences reproductrices, l'une masculine et l'autre féminine, et aussi que la conception consiste en l'union de ces deux substances germinales dans des proportions et force diverses. Hippocrate n'attribue aucune supériorité intrinsèque à l'une ou l'autre de ces semences et considère que la force de celles-ci est variable. Ainsi, s'explique que naissent d'un même couple aussi bien des filles que des garçons (Laqueur, *op. cit.*). La femme est, selon lui, actrice dans la génération à deux niveaux : elle produit une semence et elle nourrit le fœtus.

Aristote et Platon dont les idées seront en grande partie relayées par Galien imposent une représentation bien différente de l'anatomie féminine. La femme devient un être inférieur par nature. L'affirmation de cette infériorité repose sur les représentations de l'appareil génital féminin alors considéré comme la réplique imparfaite et inversée de celui de l'homme. Pour Galien, un défaut de chaleur vitale dans le corps des femmes explique la rétention des structures génitales à l'intérieur du corps alors qu'elles ont pu s'extérioriser chez l'homme

⁴² Adage attribué à Hippocrate.

doté d'un degré de chaleur supérieur (Laqueur, *op. cit.*). Froide par nature, la femme est incapable de transformer en « bon sang » toute la nourriture absorbée et les menstruations apparaissent alors comme une nécessité vitale puisque par elles s'écoulent le mauvais sang considéré comme particulièrement impur, nous y reviendrons. Les différences entre hommes et femmes reposaient principalement sur des degrés de perfection de cette coction des aliments (Héritier, 1996) et non pas sur une différence sexuelle. Prédomine en effet jusqu'au XVIII^{ème} siècle le modèle du sexe unique dans lequel la femme n'est en fait qu'une réplique imparfaite de l'homme. Le corps féminin est compris comme celui d'un corps masculin retourné à l'intérieur et non comme un sexe différent (Laqueur, *op. cit.*). De ce fait, la femme ne présente pas grand intérêt pour les hommes de science. De plus, tant pour Aristote que pour Galien, son appareil génital ne joue aucun rôle dans la procréation en dehors d'être un simple réceptacle de la semence masculine (Thomasset, 1985). En revanche, les deux hommes s'opposent sur le caractère mouvant de l'utérus. Prenant appui sur l'anatomie, Galien réfutera en effet cette idée d'utérus migrateur en affirmant que si la matrice apparaît déviée ou remontée cela tient à un engorgement des vaisseaux d'où l'importance selon lui de veiller à la régularité des flux menstruels (Knibiehler, Fouquet, *op. cit.* : 43). Malgré son influence, Galien ne réussira pas à imposer cette nouvelle vision de la matrice qui restera longtemps encore mouvante dans l'imaginaire médical permettant par là même de définir l'hystérie comme pathologie exclusivement féminine. L'hystérie est en effet définie par la médecine, explicitement dans l'antiquité puis implicitement à travers les traitements prescrits jusqu'au XVIII^{ème} siècle et pratiqués jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle en certaines régions, comme le mal qui affecte la matrice dont la mobilité produit des déplacements en tous sens (Charuty, 1997 : 51). Il faut attendre 1650 et la découverte de l'anglais Harvey sur les embryons pour que soient remises en cause les représentations de la génération et le modèle séministe. En s'appuyant sur les découvertes d'Harvey, Régnier de Graaf publie en 1672 le nouveau traité des organes génitaux de la femme dans lequel il donne forme à la théorie oviste. Il découvre en effet sur les « testicules » (ovaires) féminins des follicules qu'il pense être des œufs contenant chacun un être humain en puissance (Carol, 2003). Ses travaux marquent d'abord une rupture lexicale puisque le terme de testicules féminins est remplacé par celui d'ovaires. Les dynamiques, les mouvements ainsi que les flux relatifs à la procréation s'en trouvent également bouleversés. Jusqu'alors de peu d'intérêt, les trompes sont associées au processus de fécondation puisqu'elles sont censées accueillir et guider le passage des semences masculine (le sperme) et féminine (l'œuf). Les ovaires ou bien la matrice dans un mouvement et une dynamique propre tels « deux coups de pistons » (Carol, *op. cit.* : 8) envoient les

animalcules, ou autrement appelés « vers » et qui peuplent le sperme, en direction des ovaires. Le XVIIIème siècle mettra définitivement un terme au modèle unisexe (Laqueur, *op. cit.*), les découvertes se multiplieront ensuite, permettant la reconnaissance de la spécificité du corps féminin (Berriot-Salvadore, 1991). Puis en 1875, les observations de Hertwig prouvent non seulement le rôle fécondant des spermatozoïdes mais aussi l'importance de leur mobilité dans le processus de fécondation. Le pouvoir fécondant est alors dévolu à la seule semence masculine. Ce schéma introduit un nouveau rapport entre le masculin et le féminin, le premier devenant actif et l'autre passif.

« Avec la désorganisation de la machine féminine, que le coït ne met plus en branle, c'est un corps féminin statique, dominé par l'élément liquide qui se prête au coït. Dans un ensemble de contenants et de tuyaux où des suintements aussi réguliers qu'inexplicables remplacent les mouvements, la responsabilité de la fécondation retourne au seul élément masculin. » (Carol, op. cit. : 11).

Toutes ces découvertes prennent en grande partie appui sur les dissections dont le nombre explose au début du XIXème siècle avec l'application systématique de la méthode de l'anatomo-clinique. Les siècles précédents ne sont pas pour autant totalement plongés dans l'obscurité anatomique mais de fait, les dissections se font plus discrètes pour deux raisons essentielles. D'abord, une grande partie de la médecine est détenue par des clercs qui, à la suite de plusieurs interdictions énoncées par des conciles (Clermont-Ferrand en 1130 puis Tours en 1163), sont écartés de la chirurgie car verser le sang est incompatible avec la fonction ecclésiastique. Ces dispositions contribuant à séparer la médecine de la chirurgie entraînent une dichotomie clerc-médecin / laïc-chirurgien qui s'accentuera par la suite lorsque les chirurgiens sont écartés de l'enseignement. La distinction qui en découle entre théorie et pratique explique en partie la stagnation du savoir sur le corps.

Ces mesures contribuent aussi à interdire les dissections. Si on a voulu voir dans ces interdictions une des raisons essentielles à la stagnation des connaissances sur le corps féminin, c'est nier l'existence d'une médecine parallèle et laïque qui pratiquait les dissections sur des cadavres. C'est à Bologne que sont pratiquées les premières dissections humaines à la fin du XIIIème siècle (Thomasset, 1991). Cependant, elles ne visent pas tant à découvrir l'anatomie qu'à vérifier le dire des anciens (Knibbieler, Fouquet, *op. cit.* : 55). Pour cette raison, jusqu'au XVIIIème siècle, elles ne bouleverseront ni les représentations ni les connaissances anatomiques : *« On voit dans les corps ce qu'on cherche à y voir, et on*

représente ce qu'on pense être important ou signifiant » (Carol, *op. cit.* : 1). De plus, alors que domine encore largement la croyance en une réplique inversée de l'appareil génital masculin, la femme ne présente pas d'intérêt pour les anatomistes. Les dissections se font essentiellement sur des hommes. Ainsi, alors que d'importants progrès auront lieu jusqu'au XVII^{ème} siècle, la médecine de la femme restera à l'écart de cette évolution.

Le fait que du IV^{ème} siècle jusqu'à la Renaissance, les hommes de médecine soient essentiellement des clercs, a aussi considérablement marqué l'évolution de la médecine consacrée à la femme. Si l'Eglise réaffirme l'infériorité et l'impureté féminine, elle introduit aussi la représentation de la pécheresse : *« A sa faiblesse intrinsèque, à sa dépendance excessive à l'égard du charnel, déjà soulignées dès l'Antiquité, le Moyen Age des clercs a surimposé l'image de la pécheresse »* (Knibiehler, Fouquet, *op. cit.* : 50). L'influence de ces clercs est d'autant plus importante que ce sont eux qui président à la formation des étudiants dans les universités jusqu'au XVIII^{ème} siècle. Le stéréotype de la pécheresse véhiculée par l'Eglise sera remplacé par celle de la reproductrice par la médecine laïque. C'est en effet essentiellement en tant que mère que la femme est devenue, pour les médecins, digne d'égards et de soins. En conséquence, *« la domestication de la femme, c'est-à-dire écarter les femmes de toute vie publique ou professionnelle, est ainsi plus d'inspiration médicale qu'ecclésiastique. Par leur cautionnement scientifique, les médecins ont rendu cette domestication plus étroite et plus complète »* (Knibiehler, Fouquet, *op. cit.* : 9).

2.1.2 Les menstruations : sang impur et effrayant

Si le corps médical s'est tenu si longtemps à distance du corps féminin, ce n'est pas uniquement à cause des croyances galéniques en une réplique inversée du corps masculin. L'homme craint la femme parce qu'en elle vit cet utérus auquel était associée la propriété de se mouvoir comme nous venons de le voir. Les représentations populaires sont empruntées de croyances en un pouvoir maléfique de l'organe (Shorter *op. cit.* : 267) dont témoignent les proverbes qui comparent la femme au diable (Segalen, 1980 : 136). Mais le fait que les femmes perdent du sang régulièrement alimente peut-être plus encore les craintes masculines. En effet, le flux menstruel, les représentations qui y sont relatives ainsi que la gestion sociale qui en est faite au cours de l'histoire occupent ici une place fondamentale. Depuis l'Antiquité,

les traités savants, les encyclopédies comme les croyances populaires attribuent à cet écoulement un pouvoir maléfique. La théorie humorale développée par Hippocrate puis reprise par Galien constitue les fondements de la pensée médicale jusqu'au XVIII^{ème} siècle qui considère le sang comme l'une des quatre humeurs du corps essentiel à son équilibre. Ainsi, le sang menstruel est le mauvais sang évacué et de son flux dépend l'équilibre féminin. De ce fait, le corps des femmes représentait un danger pour elles-mêmes, il en constituait un plus grand encore pour les hommes qui refusèrent longtemps de l'explorer (Shorter, *op. cit.*). Parce qu'elles perdent leur sang de manière régulière, elles sont considérées comme « naturellement » impures dans la tradition judéo-chrétienne :

« Quand une femme est atteinte d'un écoulement, que du sang s'écoule de ses organes, elle est pour sept jours dans son indisposition, et quiconque la touche est impur jusqu'au soir.

Tout ce sur quoi elle s'est couchée en étant indisposée est impur, et tout ce sur quoi elle est assise est impur.

Quiconque touche son lit doit laver ses vêtements, se laver à l'eau, et il est impur jusqu'au soir [...]

Si un homme va jusqu'à coucher avec elle, elle lui transmet son indisposition : il est impur pour sept jours ; tout lit où il couche est impur » (1980 : 215)⁴³

Cet extrait du Lévitique montre qu'en raison de cette impureté, source de pollution potentielle, les femmes représentent un danger pour tous ceux au contact desquels elles se trouvent et plus particulièrement pour les hommes avec qui elles auraient des relations sexuelles. Ces représentations ne sont pas propres à la culture judéo-chrétienne, bien d'autres sociétés les partagent. De façon à écarter ce danger, les femmes peuvent être en certaines régions du monde écartées de la communauté le temps des règles, plus généralement elles sont soumises à des prescriptions d'interdits comportementaux de façon très prégnante en France jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle et plus particulièrement dans le monde rural. D'une manière générale, leur état peut altérer les aliments.

« La femme qui a ses règles gâte la salaison du beurre et du porc ; on lui interdit de toucher les produits laitiers, le vin, la viande car ces aliments deviendraient impropres à la consommation ; dans les départements du Nord, on lui recommande de ne pas franchir la porte des raffineries

⁴³« Le Lévitique : 15 Impuretés sexuelles de la femme », in *La Bible*, Alpha, Paris, p 215.

lorsque le sucre cuit ou refroidi pour qu'il ne noircisse pas, car le sang menstruel est noir »
(Roux, 1988 : 62)

Il en va ainsi de l'interdit du saloir comme en témoigne une femme de Minot interrogée par Y. Verdier :

« Moi, j'ai fait tourner tout un saloir, c'est véridique. J'y ai plus pensé, j'étais comme ça, et je suis allée au saloir. Quand j'ai repris du lard à nouveau, il était tout vert. Je le savais pourtant, mais je n'y portais pas attention. Il faut être pris pour savoir que c'est vrai » (Verdier, *op. cit.* : 43).

Le discours scientifique et médical a « vraisemblablement constitué un point d'échange entre la culture savante et les croyances populaires » (Thomasset, *op.cit.* : 93). Les médecins ont repris les méfaits du sang menstruel pour en faire des vérités scientifiques. Ainsi, les femmes « indisposées » peuvent également nuire physiquement en mettant en danger par exemple la vie des nourrissons, ces derniers, affaiblis par l'effort fourni par leur organisme pour évacuer le sang menstruel, peuvent contracter des maladies telles que la rougeole ou la variole. Avoir une sexualité active pendant les règles comporte le risque de mettre au monde un enfant qui en portera le stigmate avec une chevelure rousse. L'arrêt des règles à la ménopause rend la femme encore plus dangereuse car elle n'évacue plus ce sang impur considéré alors comme un véritable venin qui lui confère souvent dans l'histoire le statut de « sorcière » (Moulinié L., 2001). L'absence de règles renvoie aussi à la circulation du sang allant, dans l'imaginaire occidental, de la matrice à la tête et étant associé à l'origine de l'hystérie (Moulinié V., 1997 ; Charuty, 1997).

Le déclin des peurs masculines face au corps des femmes est étroitement lié aux découvertes de la médecine qui « *a pu faire la preuve que celle-ci ne portait pas de grenouille vivante dans le ventre, et que les horribles odeurs liées aux infections puerpérales étaient le fait, non des démons, mais des bactéries* » (Shorter, *op. cit.* : 276). Mais nous reviendrons dans notre troisième partie sur la régulation des humeurs corporelles féminines et nous verrons qu'aujourd'hui encore la médecine contribue à véhiculer des représentations négatives du sang menstruel.

2.1.3 De la mauvaise santé des femmes

Le fait que les médecins se soient tenus à l'écart du corps féminin a eu des conséquences fâcheuses sur la santé des femmes : le taux de mortalité féminine ayant été majoritairement supérieur à celui des hommes. Les morts en couche étaient nombreuses. En outre, les maladies des organes génitaux en grande partie à l'origine de cette mortalité, étaient très mal connues des médecins. Parce qu'ils ne veulent pas examiner les femmes dont le corps les effraie, comme nous venons de le voir, mais aussi parce qu'au XIX^{ème} siècle, alors que la médecine fait de rapides progrès, la pudeur les en empêche. Comme le souligne Gélis, cette pudeur constitua sans nul doute une entrave à la pratique gynécologique jusqu'au XVII^{ème} siècle tant il était inconcevable de « *faire voir à un homme [ou] lui permettre de toucher toutes les parties que la pudeur engage à cacher* » (1988 : 473). Ce qui avait de fâcheuses conséquences pour la santé des femmes. Dans son Histoire de la pudeur J-C. Bologne (1986) note que malgré le vieil adage médical « *naturalia non turpia* » (il n'y a pas de honte à ce qui est naturel) c'est-à-dire que devant son médecin il n'y a plus de réserve qui tienne, l'histoire montre que la pudeur fut selon les époques une entrave à la pratique médicale. Pudeur féminine puis pudeur masculine au XVII^{ème} siècle qui touche exclusivement les organes génitaux tant leur visibilité que leur évocation. Cette pudeur est caractéristique des patients et relève de la morale sociale, elle est aussi le fait des médecins et des chirurgiens. Bologne souligne que le XIX^{ème} siècle voit triompher le paradoxe de la médecine qui d'un côté invente l'hygiène et la prophylaxie et de l'autre relègue dans le non-dit les maladies qu'elle devait dépister et soigner. De nombreuses femmes succombent aux maladies vénériennes que les médecins refusent de traiter afin de préserver la réputation des maris. Reconnaître la maladie dont était atteinte une femme revenait en effet à mettre au jour l'infidélité du mari. Nous reviendrons longuement sur cette question de la pudeur à travers l'histoire des techniques développées et mises en œuvre dans l'examen gynécologique avant d'aborder la place qu'elle occupe aujourd'hui dans la consultation (chapitre 5).

Par ailleurs, plus que les hommes, les jeunes filles et plus généralement les femmes en âge de procréer succombent aux maladies infectieuses comme la tuberculose pulmonaire, la scarlatine, le typhus ou la typhoïde. Contrairement à ce que les médecins affirmeront au XIX^{ème} siècle, cette propension à contracter ces maladies et à y succomber ne relève pas d'une quelconque « *prédisposition génétique* » ou « *faiblesse naturelle* ». Si, aux mêmes âges,

les femmes mouraient plus souvent que les hommes, c'est que leurs conditions de vie étaient plus dures que celles des hommes et leur résistance à l'infection par conséquent plus faible. Très tôt soumises à des conditions de travail très difficiles que ce soit à la maison où elles assument des tâches domestiques accablantes, à la campagne où elles effectuent les travaux des champs, à l'usine ou à l'atelier dans les villes, les femmes étaient de plus moins bien nourries que les hommes. Les protéines étaient réservées en priorité à ces derniers et aux enfants mâles (Shorter, *op. cit.*). Il est aussi vivement recommandé à cette époque de retirer toutes les viandes et plus particulièrement les viandes rouges de leur alimentation. Souvent mal accueillies à la naissance, elles étaient, du coup, beaucoup plus négligées que les garçons. Dans les villes et plus spécifiquement dans la bourgeoisie, elles souffraient plus que les garçons encore de rachitisme en raison de leur éducation qui les tenait confinées dans des intérieurs sombres, privés d'air et de soleil à effectuer des travaux d'aiguille (Knibiehler, 1991). Les conséquences du rachitisme sont dramatiques pour les femmes dont l'étroitesse du bassin entraîne des complications lors des accouchements aux issues parfois fatales. Si au XIX^{ème} siècle des accouchements ont lieu à l'hôpital, ce sont les femmes les plus pauvres qui s'y rendent à leurs risques et périls tant les conditions d'hygiène y sont encore déplorables. Jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, on enregistre une surmortalité des parturientes à l'hôpital par rapport aux accouchements à domicile. La fièvre puerpérale est responsable de cette surmortalité hospitalière en France comme dans le reste de l'Europe. Si aucune femme à l'époque ne souhaite accoucher à l'hôpital, nombre d'entre elles y sont contraintes par la pauvreté (Cesbron, 2004).

La fin du XIX^{ème} siècle va constituer un tournant décisif pour la santé des femmes grâce aux progrès de la médecine et plus particulièrement de la gynécologie et de l'obstétrique.

La médicalisation de l'accouchement dans les hôpitaux se fera au prix des efforts des accoucheurs pour améliorer les conditions médicales des accouchements, leur prévention et tout particulièrement celle des complications infectieuses (Cesbron, *op. cit.*). Si cela correspond à la conquête professionnelle des accoucheurs qui entendent bien revaloriser leur statut et asseoir leur pouvoir ainsi que nous le verrons ultérieurement, cela s'inscrit aussi dans une politique nouvelle de prise en charge de l'hygiène sociale et plus précisément de placer sous surveillance et d'éduquer les « mères » que les médecins considèrent comme trop souvent dépourvues d'instinct maternel et plus particulièrement dans les classes populaires des villes et des campagnes. Mais l'objectif de la puériculture dépasse largement la santé du tout petit ou encore celle de la mère car en s'assurant du bon développement de l'enfant on

obtient un meilleur rendement dans le travail de l'adulte (Knibiehler, Fouquet, op. cit.). « *La maternité est devenue au début du XXème siècle une fonction sociale contrôlée et protégée médicalement et socialement* » (Thébaud, 2001 : 34).

Au même moment se développe un mouvement nataliste qui fait de la lutte en faveur de la dénatalité une cause nationale reconnue d'utilité publique en 1913. Natalistes et familialistes font de la maternité un devoir pour les femmes et vont lutter afin d'obtenir des droits sociaux mais aussi des droits civils et politiques pour les femmes. Les lois de protection de la maternité vont se multiplier à partir de 1930 avec l'assurance-maternité qui garantit à la femme salariée un congé maternité de douze semaines à mi-salaire (Thébaud, op.cit.). L'ensemble des mesures participent au recul de la mortalité féminine et infantile mais restent en revanche inefficaces en ce qui concerne la fécondité. Ce n'est qu'au cours de la seconde guerre mondiale dans un contexte plus optimiste, que la reprise de la natalité va s'accélérer. Mais il est un fait que les femmes ont favorablement accueilli la médicalisation de l'accouchement et l'avènement de la pédiatrie dans le vif espoir de voir disparaître les souffrances qui les affligent au XIXème siècle et que s'améliorent leurs conditions sanitaires (Kohler Riessman, 2005)

2.2 Le contrôle de la reproduction : enjeu de pouvoir et conquête professionnelle

A partir du XVIIIème siècle préserver le corps féminin afin de s'assurer que la femme puisse remplir son rôle de reproductrice devient l'objectif premier. Pour ce faire, les médecins vont se réapproprier le savoir sur le corps féminin majoritairement détenu par les femmes en les évinçant du domaine médical et s'appuyer sur la réorganisation de l'hôpital qui s'amorce à cette époque. Prendre le contrôle de l'accouchement devient pour les accoucheurs jusqu'alors mal considérés l'opportunité d'acquérir un statut valorisé d'obstétricien, et les chirurgiens vont également à travers la gynécologie voir leur profession revalorisée et reconnue.

2.2.1 Evincer les femmes du Savoir

Les femmes ont toujours possédé un savoir profane sur le corps féminin acquis par l'expérience et transmis de génération en génération. De façon très inégale au cours de

l'histoire, les femmes ont eu accès au savoir scientifique que quelques unes d'entre elles contribuèrent à faire progresser surtout dans le domaine de l'obstétrique. Mais jusqu'au milieu du XXème siècle la médecine de la femme est principalement élaborée par les hommes qui mettent tout en œuvre pour tenir les femmes en dehors des institutions médicales ou lorsqu'ils les y autorisent c'est dans des positions subalternes.

L'exercice de la médecine par les femmes est attesté dans l'Antiquité. Homère leur rend hommage et Galien cite les connaissances de ses consœurs (Dall'Ava-Santucci, 1989). Dans son ouvrage intitulé « Gynaecia », Soranus d'Ephèse entend faire des sages-femmes des spécialistes (Cesbron, Knibhieler, 2004). S'il est un domaine où seules les femmes intervenaient c'était celui de l'accouchement. Non seulement l'expérience les y disposait mais de plus les hommes répugnaient à cette tâche à cause du sang impur qui s'écoulait abondamment en cette occasion. Par ailleurs, seules les femmes étaient autorisées à soigner les « parties honteuses » par pudeur et pour écarter les soupçons des maris jaloux. Si au XVIIème siècle, quelques femmes exercent la chirurgie, alors très mal considérée, le plus souvent des épouses ou des veuves de chirurgiens, l'Edit de Charles VIII leur interdira le droit d'exercer cette profession en 1484. Puis du XVIème au XVIIème siècle, ces femmes qui guérissent sont considérées comme des sorcières. Elles sont coupables de soigner à l'aide de potions mystérieuses mais, plus que tout, coupables de contrôler la reproduction (Dall'Ava-Santucci, *op. cit.*). L'Eglise et l'Etat qui veulent lutter contre l'avortement et l'infanticide entendent placer sous contrôle ces matrones et faire en sorte qu'elles deviennent l'instrument moralisateur auprès de la population féminine. Les sages-femmes ne résisteront pas sachant que c'est là le seul moyen de se faire reconnaître (Cesbron, Knibhieler, *op. cit.*). C'est par la pratique de l'ondolement, rite proche du baptême réalisé à la naissance lorsqu'est suspecté un danger de mort du fœtus, que l'Eglise va parvenir à écarter la matrone jugée inculte et dangereuse (Gélis, 1984). Seule une femme moralement irréprochable, connue et approuvée par l'évêque, peut accomplir ce rite. La matrone assermentée deviendra donc la « sage-femme » qui bénéficiera d'une certaine reconnaissance. Elle sera encadrée et contrôlée par les chirurgiens qui les placent donc sous leur tutelle. Néanmoins, malgré les nombreux enseignements qu'elles apportèrent à la médecine et qu'elles portèrent à la connaissance à travers la publication de plusieurs ouvrages réédités et utilisés par les obstétriciens du XIXème siècle, elles ne seront jamais reconnues que comme sages-femmes et n'obtiendront jamais le titre de médecin accoucheur. Citons les plus grandes d'entre elles.

Les grandes sages-femmes des XVII et XVIIIème siècles⁴⁴.

Louise Bourgeois, dite Boursier (1563-

Epouse d'un médecin au service du Roi, elle s'initie à la pratique de l'accouchement afin de participer activement aux besoins de la famille lors du siège de Paris par Henri de Navarre. En 1601, elle accouche la Reine Marie de Médicis et restera au service de la cour jusqu'en 1627. Elle publie en 1609 un ouvrage sur l'accouchement et les maladies des femmes, ouvrage qui sera traduit en latin, allemand et hollandais. A la mort en couches de la belle-fille de Marie de Médicis en 1627, Louise Bourgeois quittera la cours où dorénavant le Roi fera appel à un chirurgien.

Angélique Boursier du Coudray (1712-1789)

Maîtresse sage-femme, elle exerçait à Clermont-Ferrand. Bouleversée par les souffrances des accouchées, elle décide de parcourir d'abord l'Auvergne puis toute la France pour donner des cours aux matrones des villages. Elle met au point un mannequin pour illustrer ses cours, invention approuvée par l'académie des sciences. Elle publie des manuels illustrés. Sa pédagogie et ses connaissances seront repris par des hommes ayant pour titre « chirurgien démonstrateur de l'art des accouchements ».

Marie-Louise La Chapelle (1769-)

Fille d'une sage-femme et d'un officier de santé, elle s'initie à la pratique des accouchements auprès de sa mère dès l'âge de quinze ans. Elle devient sage-femme adjointe alors veuve du chirurgien La Chapelle à l'hôpital Saint-Louis. Aux côtés de Baudelocque chargé de l'enseignement théorique, elle assure la formation pratique de centaines de femmes venues de France et d'Europe. Elle publie un ouvrage « La pratique de l'accouchement », plusieurs fois réédité, dans lequel en prenant appui sur ses nombreuses expériences elle fait preuve d'une connaissance de l'obstétrique jusqu'alors inégalée.

Marie-Anne Boivin (1773-)

Si M-L. La Chapelle se révèle être une grande technicienne, M-A Boivin, a l'esprit scientifique et mène des recherches sur les anomalies en se référant aux publications étrangères. Elle traduit des ouvrages anglais et des articles de revues américaines. Elle publie elle-même traités et

⁴⁴ Ces portraits ont été constitués à partir de données recueillies dans différents ouvrages notamment celui de Joël (1988) et celui de Fouquet et Knibiehler (1983).

articles qui seront traduits en plusieurs langues. L'Université de Marbourg lui décerne le titre de docteur Honoris Causa pour ses travaux de recherche. Malgré ce titre et sa renommée internationale, jamais elle ne sera admise à l'Académie de médecine de Paris et elle n'aura pas accès au titre de docteur en médecine en France.

Il apparaît clairement que c'est uniquement en tant que sage-femme ou infirmière que les femmes pouvaient envisager d'occuper une place en médecine. En 1803, Napoléon Ier institue la formation des sages-femmes dans les hôpitaux et crée en 1806 la chaire d'obstétrique avec à sa tête Baudelocque qui sera en 1810 désigné comme accoucheur de l'impératrice Marie-Louise. La loi institue également une formation des sages-femmes dans les hôpitaux. L'enseignement théorique y est donné par des médecins hommes mais l'apprentissage pratique se fait sous la direction d'une maîtresse sage-femme.

Afin d'interdire aux femmes l'accès aux études de médecine, les hommes qui n'entendaient pas se laisser concurrencer par elles, ont pris appui sur les découvertes scientifiques. La théorie oviste de Harvey mettant au jour le rôle de l'ovaire dans la conception aura pour conséquence d'enfermer la femme dans son rôle de reproductrice. Plus tard, ce sont les travaux de Broca sur la craniologie et la craniométrie publiés en 1875 qui offriront la preuve de l'infériorité intellectuelle des femmes, leur cerveau était de plus petite taille que celui des hommes. Par ailleurs, leur squelette plus fragile, leur peau plus fine et plus sensible mais aussi le handicap des menstruations et des grossesses constituent autant d'éléments les rendant inaptes à la pratique médicale. Enfin, les études de médecine, longues et difficiles, non seulement pouvaient pervertir les jeunes femmes qui seraient dans l'obligation de côtoyer les jeunes gens mais surtout auraient de fâcheuses conséquences sur leur santé. La stérilité serait l'inévitable conséquence de cycles perturbés trop souvent par une surcharge de travail. De surcroît, enlaidies par l'étude, elles ne pourraient trouver à se marier.

Le XIX^{ème} siècle est aussi celui qui interdit aux femmes de pratiquer la médecine pour préserver la pudeur des patients masculins. Si jusqu'au XIX^{ème} siècle les femmes répugnaient à se faire ausculter par des hommes médecins, la disparition des sages-femmes et l'inaccoutumance aux femmes-médecins a finalement imposé la règle inverse, l'obstétrique restant le domaine où la femme est le plus difficilement acceptée.

Alors que la pudeur est à son plus haut degré d'idéalisation en France, c'est par sollicitude envers les femmes algériennes et leur santé que l'entrée des femmes dans les écoles de médecine est permise, tout d'abord à Alger en 1865. L'objectif était de faire « pénétrer la

science médicale sous la tente et dans le Harem de l'Arabe où nul docteur ne sera admis » (Knibiehler, Fouquet, 1983 : 193).⁴⁵ Pour vaincre les difficultés à exercer la médecine et à se constituer une clientèle, les femmes médecins se sont engagées dans des activités d'hygiène et de médecine sociale, de pédiatrie puis de gynécologie. Même si le remplacement de leurs confrères masculins pendant la seconde guerre mondiale a permis à certaines d'entre elles de révéler leur professionnalisme, ce n'est que très progressivement qu'elles furent acceptées à l'Académie de médecine (Marie Curie fut la première en 1922) et très récemment à l'Académie de chirurgie (en 1982 !) (Joël, 1988). En 1962 elles ne représentent que 10% des médecins français, 13% en 1968 et 17,6% en 1979. Ce qui les caractérise plus particulièrement c'est leur orientation vers les spécialités plutôt que vers la médecine générale. Plus précisément « *elles se dirigent vers des activités qui leur paraissent les plus proches de leurs rôles traditionnels [...] mais surtout elles manifestent un véritable engouement pour la gynécologie médicale* » (Knibiehler, Fouquet, *op. cit.* : 259-260).

Les femmes qui investissent de plus en plus les études de médecine vont représenter une aubaine pour les obstétriciens qui ne voudront pas prendre en charge la contraception et qui leur délègueront cette tâche, nous l'avons déjà évoqué et nous y reviendrons avec plus de précisions.

2.2.2 La réorganisation de l'hôpital comme point d'appui de cette conquête

Afin de prendre le contrôle de la reproduction et du suivi des grossesses et de l'accouchement, les médecins vont prendre appui sur la réorganisation de l'institution hospitalière qui va ériger l'obstétrique et la chirurgie au rang des spécialités les plus nobles. La médicalisation de l'accouchement est aussi une « conquête professionnelle » par des barbiers-chirurgiens qui pendant des décennies ont été dénigrés et critiqués par le corps médical. Les médecins ne les reconnaissaient pas comme leurs pairs et les soumettaient à une véritable subordination (Gelis, 1977). Si conquérir l'obstétrique impliquait d'évincer les femmes qui jusqu'alors détenaient le monopole des soins liés à la maternité, la conquête n'aurait pas été possible sans

⁴⁵ Fait tout aussi troublant qu'intéressant, en décembre 2004, c'est encore l'Autre Arabe dont on se saisit pour réinterroger la question de la pudeur féminine dans l'exercice médical et plus particulièrement en gynécologie. En affirmant que seules les femmes musulmanes refusent de se dévoiler et qu'elles seules sont gênées par cet examen gynécologique, c'est une manière de renforcer le stigmate dont elles sont déjà victimes et c'est aussi refuser d'admettre que cet examen représente une gêne pour toutes les femmes et de ne pas remettre en cause les conditions dans lesquelles il s'effectue. Nous reviendrons longuement sur ce sujet dans la deuxième partie.

les bouleversements de l'organisation médicale qui vont se dérouler à partir de la fin du XVIIIème siècle.

Dans la deuxième moitié du XVIIIème siècle de nombreux changements vont considérablement transformer la pratique médicale et du même coup l'étendue de ses connaissances. L'élément décisif est la naissance de la clinique moderne, autrement appelée anatomo-clinique. Fondée sur le regard (l'observation) et l'expérience, elle va tout naturellement conduire à l'autopsie. L'abandon de la théorie humorale amène à plonger dans les corps afin d'aller voir la pathologie dont sont atteints les organes. Pour ce faire, il faut ouvrir les cadavres (Foucault, 1963). Les autopsies sont d'abord pratiquées sur les pauvres dont les hôpitaux regorgent. Tout le savoir sur la physiologie féminine dont on dispose au XVIIIème siècle et début du XIXème siècle provient « *d'ovaires, d'utérus et de trompes prélevés sur des mortes ou à l'occasion d'opérations chirurgicales* » (Laqueur, *op. cit.* : 213). La naissance de cette nouvelle clinique s'accompagne d'une complète réorganisation du domaine hospitalier pendant la Révolution (Foucault, *op. cit.*). Le champ médical se recompose dans un premier temps avec la suppression des corporations de médecins et de chirurgiens puis la fermeture des facultés de médecine et dans un deuxième temps avec la reconstruction des institutions médicales (Pinell, 2005). S'amorce dès cette époque la laïcisation de l'institution médicale. Si les médecins se détachent de l'Eglise, ils peuvent aussi aisément faire abstraction des dernières avancées de la science. Ils prétendent surtout apporter une contribution capitale aux ambitions réformatrices des philosophes de leur temps dont Jean-Jacques Rousseau qui pense la féminité comme une nature essentiellement définie par des fonctions organiques.

« Au nom d'un déterminisme naturel, la pensée médicale enferme alors la féminité idéale dans la sphère étroite que lui assigne l'ordre social : la femme saine et heureuse, est la mère de famille, gardienne des vertus et des valeurs éternelles » (Berriot-Salvadore, 1991 : 454).

La laïcisation de l'institution médicale s'imposera véritablement et progressivement au cours du XIXème siècle. En 1803 sont créés par décret deux ordres de médecins : les médecins ayant pour obligation 4 années d'étude dans une école de médecine (Paris, Montpellier ou Strasbourg) et les officiers de santé dont on exige trois années d'étude ou huit années d'expérience dans l'exercice d'une activité médicale. La loi de 1892 supprimera ces officiers de santé en accordant aux médecins le monopole de l'exercice de la médecine. Le pouvoir qui

sera alors accordé aux médecins tient autant aux progrès de la science qu'à l'accession au pouvoir politique de nombre d'entre eux qui occupent des fonctions de députés, de conseillers généraux ou même de ministres (P. Bert, G. Clémenceau). Ce pouvoir politique leur permettra d'entreprendre la laïcisation de l'hôpital qui se concrétisera réellement à la suite d'un décret de 1943 imposant au personnel hospitalier de posséder un diplôme d'Etat, ce qui conduira à la disparition des congrégations religieuses au sein des hôpitaux.

La réorganisation de l'hôpital se caractérise aussi et surtout par une orientation de plus en plus marquée vers la spécialisation dans laquelle la femme occupera une place de choix avant tout pour la grossesse et l'accouchement (Pinell, *op. cit.*). Dès le début du XIX^{ème} siècle émergent dans les hôpitaux parisiens des services cliniques dédiés aux pathologies particulières. En 1801, un décret (27 novembre 1801) reconnaît une fonction de spécialité à quatre établissements : spécialité de la peau à Saint Louis, spécialité des enfants à l'hôpital des enfants malades, spécialité des vénériens et de la maternité à l'hôpital Saint-Jacques, la spécialité de la vieillesse-hommes à Bicêtre et vieillesse-femmes à la Salpêtrière. Les autres hôpitaux gardent une fonction généraliste (Poirier, Salaün, 2001). Au même moment, alors que des cours de spécialités sont dispensés par des chefs de service à côté des formations officielles de la Faculté, se développe une presse médicale spécialisée (Les Annales d'obstétrique en 1842). Un vif courant antispécialisme ralentira néanmoins ce mouvement. Les opposants dénoncent la dérive vers une médecine de mauvaise qualité, la spécialisation limitant l'étendue des connaissances des médecins (Pinell, *op. cit.*). Toutefois, la Faculté de médecine réussit à mettre en place des chaires de clinique spécialisée, la première étant la chaire spéciale des maladies mentales le 03 décembre 1876. Une chaire d'obstétrique sera ouverte le 26 février 1889. A partir de 1893, il devient obligatoire qu'une partie des stages hospitaliers soit accomplie dans un des six services spécialisés (Poirier, Salaün, *op. cit.*).

Progressivement, la gynécologie va s'organiser. L'hystérie jusqu'alors considérée comme la maladie des femmes par excellence, son origine étant située dans les dérèglements de l'utérus ainsi que nous l'avons déjà souligné, est redéfinie comme une maladie mentale, déconstruisant du même coup le cadre dans lequel étaient pensées les maladies féminines. La gynécologie va se développer plus particulièrement avec la multiplication des interventions chirurgicales telles que l'ovariectomie ou la mammectomie. En 1897 est fondée la Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale par Samuel Pozzi puis en 1901 une chaire clinique gynécologique est ouverte à l'hôpital Broca (Pinell, *op. cit.*). Le décret du 29 mars 1911 ajoute quatre nouveaux stages cliniques spécialisés dont la gynécologie. Malgré sa progressive officialisation, l'enseignement des spécialités garde durant tout le début du

XXème siècle un caractère facultatif et ne débouche pas sur des diplômes conférant un statut professionnel. Cela autorise les médecins à se déclarer spécialistes. La loi du 07 octobre 1940 porte la création de l'Ordre des médecins mais la question administrative de l'exercice des spécialités ne trouve de règlement qu'après 1945. En 1947, l'établissement des certificats d'études spéciales (CES) permet aux médecins exerçant une spécialité de recevoir une homologation. L'arrêté du 06 octobre 1949 introduit une distinction entre médecins spécialistes et médecins compétents. Alors même que la société française de gynécologie demande la reconnaissance de la gynécologie comme spécialité médicale indépendante de la chirurgie et de l'obstétrique ainsi que l'institution d'un certificat de gynécologie depuis 1943, ce n'est qu'en 1949 que Arnold Netter crée la première école de gynécologie médicale.

De leur côté, les accoucheurs des hôpitaux revendiquent le titre de gynécologues-accoucheurs afin que soit reconnue à la fois leurs domaines d'activités, puisqu'ils pratiquent dans leurs services autant la gynécologie que l'obstétrique, et leurs compétences. Il s'agissait pour ces accoucheurs d'assurer à cette époque l'essor de leur profession en s'appropriant des prérogatives encore majoritairement détenues par les sages-femmes, les chirurgiens et les médecins généralistes. Les hôpitaux recrutent leurs spécialistes grâce à deux concours : celui de médecine et celui de chirurgie. L'obstétrique n'est pas encore reconnue comme une spécialité à part entière. Les chirurgiens pratiquent toutes les interventions à caractère gynécologique et cantonnent les accoucheurs dans « *le cercle restreint de l'utérus et de ses annexes, c'est-à-dire à l'accouchement pur et simple, sans autres soins gynécologiques* » (Cesbron, Knibiehler, 2004 : 133). Le 15 janvier 1955 est créé par décret le CES de gynécologie-obstétrique. Mais de la fin du XIXème siècle jusque dans les années 1960, l'obstétrique est une spécialité peu valorisée et les médecins qui s'y engagent sont assez mal considérés. Carricaburu rappelle une boutade qui circulait à l'époque dans les milieux médicaux et qui souligne le peu de considération dont jouissait cette discipline :

« *Si ton fils est intelligent : fais en un médecin, s'il est adroit fais en un chirurgien, s'il est idiot fais-en un accoucheur !* » (1992 : 213)

En deux siècles, les chirurgiens accoucheurs vont progressivement accéder à une valorisation de leur statut jusqu'à ce que l'obstétrique devienne une discipline de prestige. En deux siècles aussi, ces médecins auront réussi à déposséder les femmes du monopole de la naissance (Carricaburu, 1992).

2.2.3 Gynécologie et obstétrique : spécialités complémentaires ou concurrentes ?

Distinguer la gynécologie de l'obstétrique fait, aujourd'hui, nous l'avons dit, l'objet de vifs débats. Le détour historique montre que cette question n'est pas nouvelle. Dans les années qui suivirent la création du CES de gynécologie-obstétrique des débats animèrent la spécialité autour de la question de la compétence acquise au cours de la double formation et de la pertinence de son maintien. En témoignent ces extraits du congrès franco-israélien qui a eu lieu en avril 1965 à Tel Aviv :

« Ce certificat est susceptible de donner à ceux qui s'y présentent une formation gynécologique et obstétricale de valeur, il ne permet pas par contre d'en faire des spécialistes gynécologues-accoucheurs complets puisqu'il est matériellement impossible de leur donner une éducation chirurgicale. Ce certificat ne peut donc aboutir qu'à une qualification restreinte, soit de gynécologues médicaux, soit d'obstétriciens » (1966 : 578)

Une attention particulière est portée sur l'importance de former des spécialistes « complets » :

« La spécialisation gynéco-obstétricale nécessite donc que l'on forme des spécialistes complets qui soient capables de pratiquer toute cette médecine de la femme. De tels spécialistes « doivent donc évidemment posséder une éducation chirurgicale sans lacunes pour pouvoir exécuter convenablement toutes les opérations gynécologiques et obstétricales, une connaissance approfondie de la pathologie de la grossesse et de l'art des accouchements et aussi une éducation clinique et biologique leur permettant de pratiquer efficacement la gynécologie médicale » (Varangot). Telle est la définition idéale du véritable spécialiste gynécologue-accoucheur, à la fois médecin, accoucheur et chirurgien. Or, c'est justement cette réunion nécessaire de ces trois composantes [...] qui rend particulièrement difficile la formation de ces spécialistes « à part entière » » (1966 : 577)

Ce débat autour de la formation s'inscrit dans le contexte plus général défini par le traité de Rome du 27 mars 1957 de création « d'une communauté européenne médicale ». Ce traité prévoit une harmonisation de la formation mais aussi de la pratique médicale avec l'objectif de permettre une libre circulation des médecins, d'abord au sein des six pays du marché commun à partir de 1968 puis au sein de la communauté économique européenne en 1970-1972. Alors que la gynécologie est systématiquement associée à l'obstétrique dans les autres

pays, la France se démarquerait en distinguant ces deux disciplines. Au sein des débats, la gynécologie médicale est présentée comme une des composantes plus simple à enseigner et surtout beaucoup plus facile à acquérir, la chirurgie et l'obstétrique se présentant alors comme les deux parties les plus ardues et par conséquent les plus nobles :

« En ce qui concerne la gynécologie médicale, l'éducation du futur spécialiste est à peu près réalisée, car l'enseignement théorique peut aller de pair avec l'enseignement pratique en cette discipline : initier l'étudiant à la technique et aux finesses du toucher vaginal, lui faire constater une lésion du col utérin, l'initier aux actes mineurs que sont les frottis vaginaux, biopsie du col ou de l'endomètre, l'hystérographie, les insufflations tubaires, tout cela est relativement facile : il s'agit en effet de manœuvres qui ne nécessitent pas une éducation chirurgicale, encore faut-il pour pouvoir les enseigner correctement que les étudiants ne soient pas trop nombreux [...] En ce qui concerne l'obstétrique, par contre, le problème est beaucoup plus sérieux et plus difficile à résoudre » (op. cit. : 580)

La légalisation de la contraception influencera le débat et mettra pour un temps un terme aux polémiques qui ressurgiront pratiquement à l'identique, nous l'avons vu, une quarantaine d'années plus tard. En effet, les gynécologues-accoucheurs refuseront de prendre en charge la contraception ainsi que le suivi gynécologique qu'elle implique et un certificat d'étude spécialisée en gynécologie médicale verra ainsi le jour dès 1966.

2.3 La contraception : élément décisif pour la gynécologie médicale

Outre la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, les étapes de la physiologie féminine, la ménopause, la puberté et les menstrues deviennent des pathologies qu'il revient au médecin de traiter dès le XIXème siècle (Knibiehler, Fouquet, 1982). Néanmoins, c'est réellement au XXème siècle que la gynécologie connaît un essor décisif et plus précisément dans les années après la seconde guerre mondiale dans un contexte de politique néomalthusienne et de revendications féminines avec l'arrivée de la contraception médicale (Diczfalusy, Leridon, 1999). La légalisation de la contraception va renforcer la médicalisation du corps féminin, elle va aussi constituer un enjeu pour la profession médicale particulièrement divisée sur le sujet.

2.3.1 Le contexte de légalisation de la contraception

Alors que les femmes revendiquent le droit à disposer de leur corps sans être soumises à des grossesses trop nombreuses et non désirées, certains Etats et plus particulièrement les Etats-Unis, face à de fortes inquiétudes démographiques, se montrent soucieux de réduire le nombre des naissances, celles des pays pauvres et des classes dangereuses plus particulièrement. La contraception n'a pas été légalisée seulement parce qu'elle correspondait vraisemblablement à un besoin des femmes menant à ce qu'elle soit acceptée aussi vite (F. Héritier, 1999). De plus, cette légalisation n'a pas été accordée sans heurts ni dans les mêmes conditions selon les pays.

Dans les années cinquante, les Etats sont fortement préoccupés par la croissance démographique galopante. Cumulée à la baisse très importante de la mortalité qui contribue à accroître le nombre d'individus, la croissance de la natalité laissait présager une démographie que la Division de la population des Nations Unies estimait, en 1960, pouvoir atteindre le chiffre de dix à quinze milliards d'habitants pour le XXIème siècle (Diczfalusy 1999). Le président J.F. Kennedy déclare à cette même époque : *« à moins que l'homme n'arrête la croissance de la population, c'est la croissance de la population qui arrêtera l'homme »* (Diczfalusy *op. cit.* : p87). Se développe alors toute une réflexion de la part de nombreux Etats autour de la démographie et des moyens envisageables pour réduire cette croissance menaçante. On comprend que ce contexte était favorable à la recherche des moyens mais aussi que les politiques étaient en attente d'un outil fiable et efficace pour contrôler et réguler les naissances. La solution sera apportée en 1955, lors du congrès de la Fédération internationale pour la planification familiale, par Gregory Pincus qui, dans une communication scientifique, présente les pouvoirs inhibiteur de la progestérone sur l'ovulation féminine, si l'hormone est prise à forte dose orale. Financé par K. McCornick, militante féministe et riche veuve qui consacrera toute sa fortune à la recherche d'un contraceptif, et soutenu par M. Sanger, fondatrice du premier bureau d'information sur la contraception à New York en 1923, G. Pincus avait ouvert un centre de recherche en biologie près de Boston. En 1956, avec son équipe, il met au point une combinaison de progestérone et d'œstrogènes de synthèse : la première pilule appelée Enovid. Grâce aux nombreux crédits attribués à la recherche dans ce domaine et permettant les avancées rapides de la chimie et de la pharmacologie, trois contraceptifs oraux sont commercialisés aux Etats-Unis en 1960. Très

rapidement ces contraceptifs feront leur apparition en Grande-Bretagne. Dans ces deux pays anglo-saxons, l'activisme des féministes depuis le début du siècle, conjugué aux politiques démographiques, ont sans aucun doute été un des moteurs phares du droit des femmes à utiliser la contraception.

Quelle était alors la situation en France ? Les années quarante, cinquante et jusqu'au milieu des années soixante sont marquées par une reprise inattendue de la natalité, période que les démographes ont appelée « baby-boom » et que Leridon (1999) explique par une fécondité souhaitée plus élevée, en raison de la reprise économique d'après guerre, mais aussi par une augmentation des naissances non désirées qu'il impute à un relâchement de la pratique contraceptive, à l'époque assurée par des techniques telles que la méthode Ogino, le coït interrompu ou le préservatif. En 1960, « *20% des naissances n'avaient pas été souhaitées et autant étaient survenues plus vite que les couples ne l'auraient voulu. Soit 40% d'erreurs de programmation, sans compter les grossesses ayant donné lieu à avortement...* » (Léridon, *op. cit.*: 69). Ces grossesses indésirées avaient aussi pour conséquence le recours à l'avortement clandestin réalisé dans des conditions sanitaires effroyables provoquant trop souvent de graves complications parfois même la mort. Mais une loi interdit en France toute divulgation et commercialisation de procédés contraceptifs ou abortifs.

La loi de 1920

Les pratiques contraceptives se sont développées et répandues en France dès la fin du XVIII entraînant une baisse de la fécondité qui ne fit pas immédiatement l'objet de préoccupation politique car même si le taux s'affaissait, le nombre de naissance ne cessait d'augmenter. Ronsin (1980) parle pour cette période de « révolution démographique » caractérisée par une baisse de la mortalité et par la vulgarisation de la limitation des naissances auprès des paysans qui ont recours aux méthodes contraceptives jusqu'alors utilisées par l'aristocratie. La baisse du taux de fécondité concerne principalement les familles nombreuses tandis que le nombre de familles à un ou deux enfants est en nette accélération. Ces pratiques malthusiennes domineront pendant quelques dizaines d'années en ce milieu du XVIIIème siècle entraînant dans leur sillage un contrôle des naissances jusqu'au « baby-boom »

d'après guerre. Un grand nombre de femmes ont joué un rôle important dans l'essor du malthusianisme tout en s'éloignant de la théorie de Malthus puisqu'elles prônaient un néo-malthusianisme orienté vers la femme et l'amélioration de sa condition sanitaire. Au-delà, il s'agissait de s'opposer au discours populationniste et à l'exploitation de la classe dominante puis de lutter contre la misère en prônant « La grève des ventres » (Ronsin, 1980). La plus importante organisation féministe de l'époque est le conseil national des femmes françaises fondé en avril 1901, fortement dominé par les principes de conservatisme social et de la charité chrétienne. En 1905, Gabrielle Petit crée une revue *la femme affranchie* afin de diffuser les informations sur les méthodes contraceptives. Elle invite les femmes à s'exprimer dans les pages consacrées à une tribune libre dans laquelle d'autres féministes prendront régulièrement la parole. Même si le développement de la propagande a permis d'informer les femmes sur les procédés contraceptifs féminins, toutes n'ont pas accepté d'y recourir. Les réfractaires étaient dénoncées avec virulence par des féministes comme Jeanne Humbert ou Gabrielle Petit. Afin d'anéantir cette propagande néo-malthusienne diffusée auprès des classes ouvrières, dans le contexte de la saignée démographique de la première guerre mondiale, la chambre Bleu Horizon –le Sénat- vote, le 31 juillet 1920, une loi qui :

« Punit d'amende ou de prison quiconque aura décrit ou divulgué ou offert de révéler des procédés propre à prévenir la grossesse ou encore à faciliter l'usage de ces procédés »
(Guerrand, Ronsin 1990 : 148).

Au regard de cette loi, toute intervention préventive est rendue également impossible puisque illégale.

2.3.2 Le combat des femmes françaises soutenu par des médecins

Des médecins, peu nombreux, s'élèvent contre cette loi qui les place en contradiction avec leur devoir de protection de la santé, convaincus que l'utilisation de contraceptifs fiables était une solution efficace pour mettre un terme aux conséquences sanitaires des avortements clandestins. La première initiative revient au docteur Dalsace qui, en 1935, crée la première consultation de contrôle des naissances à Suresnes. Mais le combat pour la contraception sera

surtout conduit par le Dr M. A. Lagroua Weill-Hallé soutenue par les féministes. Emue par le spectacle de curetages d'utérus pratiqués sans anesthésie par ses collègues masculins, elle rentre en contact avec les patriciens du « birth-control » de New York dès 1947 et crée en 1955 la fondation de « La maternité heureuse » dont les premières militantes sont des intellectuelles féministes comme E. Sullerot ou C. Vallabregue et quelques médecins de gauche. En 1961, « La maternité heureuse » devient le Mouvement français pour le Planning Familial, dont le premier centre est créé cette même année à Grenoble. Très vite les centres se multiplient. L'action du mouvement se centre sur l'information des familles sur les méthodes contraceptives en distribuant des diaphragmes importés de Londres de façon frauduleuse. L'objectif du mouvement est d'obtenir l'abrogation de la loi de 1920, énoncée plus haut. Le slogan du MFPF est alors « *La loi de 1920 a cousu dans le même sac le mal et le remède* » (Sullerot, 2006 : 59), le mal étant l'avortement clandestin pratiqué dans des conditions effrayantes, le remède étant la contraception permettant de maîtriser la fécondité et d'écarter le recours à l'avortement. Le Mouvement va se heurter à des opposants au nom desquels le Parti Communiste Français⁴⁶, l'Eglise catholique⁴⁷ et l'Ordre des médecins. Au sein de la communauté médicale, le contrôle des naissances fit l'objet de débats et de divisions. Si certains médecins se sont engagés en faveur de la libéralisation de la contraception afin de lutter contre les avortements clandestins, la majorité de la profession était très réservée voire y était opposée. En 1962, le Conseil de l'Ordre réagit publiquement aux revendications portées par les médecins du MFPF en déclarant :

« Le médecin n'a aucun rôle à jouer en ce domaine et aucune responsabilité à assurer dans l'application des moyens anticonceptionnels, dans le conseil au public ou les démonstrations relatives à l'emploi de ces moyens. Le médecin n'a pas le droit d'utiliser sa qualité pour cautionner l'activité de ces centres de Planning familial. Ce n'est que dans le cas où l'utilisation des produits médicamenteux, régulièrement autorisés, comporterait des risques pour la santé des usagers que l'intervention du médecin se justifierait »⁴⁸.

⁴⁶ Le PCF considère la lutte pour le droit à la contraception comme le suicide de la classe ouvrière, une propagande néo-malthusianiste issue de l'idéologie des impérialistes américains pensée pour détourner les travailleurs de la lutte pour le socialisme et affaiblir le prolétariat en le privant d'enfants (MFPF, 2006).

⁴⁷ L'Eglise catholique condamne farouchement l'initiative du mouvement notamment par l'encyclique *Mater et magistra* de Jean XXIII qui déclare que « la limitation des naissances égare l'opinion publique et risque d'avoir des répercussions très graves sur les personnes, la famille, la nation » (MFPF, *op. cit.* : 43)

⁴⁸ Communiqué du conseil de l'ordre des médecins du 24 janvier 1962, cité in MPF, *op. cit.* : 41

Dans les centres du MFPP, les médecins, constitués en Collège, créent l'état de fait en distribuant des pilules et des stérilets importés de Londres. Par ailleurs, la pression qu'ils exercent sur les pouvoirs publics en leur demandant de prendre une décision claire par l'abrogation de la loi de 1920 amènera progressivement le Conseil de l'Ordre à réviser sa position pour faire le 04 juin 1966 la déclaration suivante :

« Le Conseil de l'Ordre se préoccupe de ce problème et le médecin n'a pas à s'en désintéresser, s'il veut favoriser la pleine santé et l'épanouissement des familles dont il est médicalement responsable »

L'Ordre précise, néanmoins, qu'il revient aussi au médecin d'informer les patientes des dangers et des inconvénients des contraceptifs lorsque les demandes sont motivées pour « convenance personnelle ». A partir de 1966, alors que la loi de 1920 est toujours en vigueur, la contraception, introduite par les médecins du MFPP, commence à être prescrite dans des établissements de l'Assistance Publique, d'abord à Nécker, puis à Boucicaut et à la Pitié. Les politiques, en pleine période électorale, sont contraints d'aborder la question largement relayée par les médias. Le Général De Gaulle, pourtant convaincu par Lucien Neuwirth⁴⁹ lors d'un entretien privé, de l'utilité d'une loi autorisant la contraception, prononcera en 1967 cette phrase célèbre :

« La pilule, c'est pour la distraction. La sécurité sociale n'a pas plus de raison de rembourser la pilule que l'automobile ». (Conseil des ministres le 09 juin 1967)

Le 18 mai 1966, Lucien Neuwirth dépose à l'Assemblée nationale son projet de loi élaboré avec les conseils de M. A. Lagroua Weill-Hallé et les médecins du Collège médical du MFPP. De nombreux amendements seront proposés et discutés jusqu'à ce que l'abrogation de la loi de 1920 soit prononcée par la promulgation de la loi Neuwirth le 19 décembre 1967. Par cette loi, la vente de contraceptifs est autorisée en pharmacie, uniquement sur ordonnance médicale avec le consentement des parents pour les mineurs. Les centres de planification sont alors soumis à l'agrément ministériel. La propagande antinataliste, la publicité commerciale pour les méthodes et les produits contraceptifs sont interdites.

La légalisation de la contraception et les termes de la loi marquent un tournant décisif par le changement de statut de la contraception qui relève désormais du contrôle médical.

⁴⁹ Député UDR de la Loire, il entre à l'assemblée nationale en 1958.

2.3.3 Contestation marginale du pouvoir médical

Très vite et plus précisément dans les années quatre-vingt des féministes dénoncent le caractère intrusif de la pratique gynécologique dans l'intimité physique des femmes ainsi que le pouvoir médical détenu alors essentiellement par des hommes (Pringle, 1998). Dans « La rouge différence » E. Morin explique que la pilule ou le stérilet ne libèrent pas la femme mais au contraire la rendent disponible au désir de l'homme. Par ailleurs, elle met en avant les effets secondaires de la pilule et prône le recours à des méthodes traditionnelles (le coït interrompu, la méthode Ogino). De telles prises de position sont également celles de sociologues québécoises qui dénoncent « *la contraception comme une domination plus grande des impératifs sexuels mâles et comme un enchaînement à vie à l'appareil médical* » (Mossuz-Lavau, 1999 : 336). Outre-Atlantique les féministes se mobilisent en effet. En 1971 est publié aux Etats-Unis un ouvrage intitulé « Our bodies ourselves »⁵⁰ qui devant le succès rencontré sera réédité en 1973. Les auteurs mettent en avant le caractère humiliant de l'acte gynécologique auquel les femmes n'ont aucune envie de se soumettre. L'auto-examen du vagin et du col de l'utérus est alors recommandé. Conjointement à la publication de cet ouvrage, des maisons de femmes, « self-help centers », sont ouvertes aux Etats-Unis, au Canada puis un peu plus tard en Italie. Traduit en France en 1977 par un collectif de femmes, « Notre corps nous-mêmes » ne rencontre pas le succès qu'on lui réserve outre-Atlantique.

« Notre corps nous-mêmes »⁵¹

Un collectif de traductrices françaises a travaillé pendant deux années à la traduction de l'ouvrage « Our bodies ourselves », publié aux Etats-Unis par le collectif de Boston, pour en proposer une édition revue et adaptée aux femmes françaises. L'édition originale dénonçait le pouvoir médical et plus particulièrement l'intrusion des gynécologues dans l'intimité physique de la femme, l'édition française adopte une position relativement différente. Les carences du système médical français y sont relatées, mais l'accent est mis sur l'importance

⁵⁰ By the Boston Women's health Book collective, inc., publié par Simon et Schuster, a gulf Western company, New York, 1971.

⁵¹ Adaptation française de « Our bodies, ourselves » par le collectif français des adaptatrices, Albin Michel, 1977.

pour les femmes de recourir aux soins médicaux dans une démarche non seulement curative mais aussi et surtout préventive. Néanmoins, même si le médecin est présenté comme un acteur clé de la santé des femmes, le collectif appelle les femmes à la méfiance vis-à-vis des gynécologues qu'il considère être trop souvent incompetents pour comprendre les femmes :

« C'est à cause du monopole du savoir et des décisions thérapeutiques tenues par les médecins que nous nous soumettons si facilement à leur autorité en tant que malade, que nous hésitons à prendre la parole, à imposer nos exigences en matière de santé [...] Ne faisons pas une confiance aveugle aux médecins. Utilisons leurs compétences en essayant de contrôler l'usage qu'ils en font » (pp 217-227)

Au titre de l'incompétence, la misogynie des médecins et les représentations qu'ils peuvent avoir des femmes constituent autant de variables qui influencent négativement leur pratique.

« A l'heure actuelle sa compétence se limite à vérifier l'état de nos organes, éventuellement à les soigner, et à prescrire des contraceptifs. Pour le reste, il/elle ne peut faire que des suppositions ou parler d'après ses propres convictions ou expériences [...] Les idées que les gynécologues se font des femmes influencent leur pratique. Ainsi, ils se comportent parfois en spécialistes chargés de nous maintenir en bonne santé pour nous permettre de jouer notre rôle d'objet sexuel ou d'épouse et de mère. Quand nous avons accouché, par exemple, ils cherchent avant tout à nous rétablir dans notre idéal de beauté ou de charme féminin, à nous éviter les vergetures ou les seins qui tombent » (p 226)

Afin de ne pas se laisser influencer par ces spécialistes, le collectif recommande vivement de consulter régulièrement le généraliste présenté comme le « garde fou » des pratiques gynécologiques :

« Nous avons dit que les gynécologues n'avaient pas de compétence nécessaire pour régler tous nos problèmes de santé. Or, avec l'importance que prend à l'heure actuelle la contraception, nous aurions tendance à nous contenter des visites gynécologiques. Mais ces contrôles médicaux sont le plus souvent succincts et limités aux organes génitaux. Pour des contrôles plus exhaustifs, il est nécessaire de consulter également des médecins généralistes, qui peuvent par la même occasion vérifier certains effets secondaires des traitements gynécologiques, comme les pilules. [...] Dans l'état actuel des recherches, mêmes les meilleurs gynécologues en sont réduits à un certain empirisme quand il s'agit de prescrire la pilule qui nous conviendra le mieux Une visite annuelle chez un généraliste nous préservera

des lubies et enthousiasmes des spécialistes » (p 227)

A l'instar du collectif de Boston qui avait ouvert des centres de Self Help, le collectif français a voulu passer à l'acte en se réunissant chaque semaine sans la présence de spécialiste ou de gynécologue dans le XIXème arrondissement de Paris :

« on aurait l'impression de passer à côté de quelque chose, on s'entraîne à l'auto-examen mais on voudrait bien trouver des remèdes autres que ceux de la gynécologie officiellement enseignée. On s'inspire du self help des italiennes. Elles ont avancé beaucoup et éditent des brochures passionnantes que nous sommes en train de traduire » (C. Sokolsky, « L'auto examen », L'impatient, n°5, mars 1978)

Cependant, ni ces réunions de femmes ni l'ouvrage « Notre corps nous-mêmes » ne connaîtront le succès de leur version nord américaine ou italienne.

En France, la contestation de la médicalisation du corps féminin ne dépassera pas les portes du MFPP dans un premier temps puis ensuite celles du MLAC⁵². Après le vote de la loi Neuwirth en 67, le contrôle absolu des médecins sur la prescription et l'autorisation parentale pour les mineurs sont deux points principaux qui déplaisent aux militants du MFPP qui continuent à lutter pour l'accès inconditionnel à la contraception en même temps qu'ils revendiquent la légalisation de l'avortement. La loi Veil de 1975 sur l'avortement aura un impact favorable sur la libéralisation de la contraception mais son remboursement par la sécurité sociale ne sera effectif qu'au début des années 80.

Très rapidement, c'est la division au sein du MFPP. La position de force prise par les médecins déplaît particulièrement aux militantes de la première heure. Elles contestent la prise de pouvoir opérée par les médecins au sein de l'organisation, elles dénoncent la médicalisation de la contraception. Alors qu'elles avaient lutté pour aider les femmes à disposer de leur corps et être maîtresses de leur reproduction, elles constatent, au terme de l'évolution législative, la médicalisation à laquelle conduit l'encadrement institutionnel médical et technique mis en place (Bretin, 1992).

⁵² Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception fondé en 1973 par Monique Antoine, membre du collectif d'avocats du procès de Bobigny, afin de défendre les médecins pratiquant illégalement les avortements dans d'éventuelles affaires d'inculpations (Zancarini-Fournel M., (2003), *Histoire du MLAC (1973-1975)*, Clio, Histoire, femmes et sociétés, n°18)

Au Xème congrès du MFPPF, les 2 et 3 juin 1973, les animatrices d'une base active prennent le pouvoir et les médecins quittent le MFPPF.

« Ce congrès marque un tournant historique dans l'histoire du MFPPF, puisque c'est là que se tranche le conflit qui oppose depuis près de dix ans, deux tendances : une approche technique et médicale de la contraception et de l'éducation sexuelle d'abord, c'est-à-dire une approche qui fait de la sexualité un domaine à part, soumis au contrôle des spécialistes ; et en face, au contraire, les partisans d'une déspecialisation qui privilégient la dimension sociale de la sexualité » (MFPPF, op. cit. : 143)

La pratique des médecins dans les centres du MFPPF fait également l'objet de contestations de la part des hôtessees d'accueil soucieuses de faire revaloriser leur statut et d'obtenir la reconnaissance de leur travail. Si elles revendiquent le nom « d'assistantes, conseillères, animatrices », elles dénoncent « *la conception étriquée* » que les médecins ont de la contraception (MFPPF, op. cit. : 67). La contraception étant désormais une affaire de femmes, elles considèrent être mieux placées et plus compétentes que des médecins majoritairement masculins pour accueillir les femmes et les guider dans leurs choix contraceptifs. Par ailleurs, elles affirment recueillir des paroles féminines sur des sujets auxquels les médecins ne prêtaient aucune attention :

« L'existence de la division des rôles féminin et masculin, dépendance de la sexualité féminine à celle de l'homme, existence de la double journée de travail ou monotonie des tâches ménagères, tout cela qui fait bien partie du malaise des femmes et de leurs difficultés à vivre, les spécialistes avaient un peu tendance à l'oublier, et le Planning à devenir une officine spécialisée » (MFPPF, 2006 : 71).

Ce qui se joue au MFPPF révèle les enjeux plus généraux et plus profonds dans lesquels s'inscrit la légalisation de la contraception. Les obstétriciens français, qui refusaient de prendre en charge le suivi médical qu'impliquait la prescription des contraceptifs oraux, ont demandé que l'obstétrique soit détachée de la gynécologie qui devient alors en 1966 une spécialité médicale à part entière. Puisque la contraception était une affaire de femmes, les hommes ont laissé les femmes investir cette spécialité dont ils ne voulaient pas, la jugeant futile. Rappelons-nous les propos des Drs Malvy et Cabau (pp 66-67) qui soulignent l'aubaine qu'elles ont représentée pour les obstétriciens car en prenant en charge la gynécologie

médicale, les femmes leur ont permis de conserver leur place et leur statut hiérarchiquement supérieur, ou pour le dire autrement, de garder le pouvoir.

Si la contestation de la médicalisation de la santé reproductive n'est pas aussi importante en France qu'en Amérique du Nord c'est que les femmes revendiquent le droit à la santé et à un meilleur suivi médical et aussi parce que les médecins les ont, pour certains d'entre eux, aidé à obtenir la légalisation de la contraception d'autre part.

« Certains médecins ont d'ailleurs largement contribué, dans les années 60, à faire aboutir la revendication féminine pour cette liberté. On peut donc avancer que la médicalisation de la contraception est allée en grande partie à la rencontre d'un désir féminin » (Fouquet, Knibiehler, 1983 : 267)

Les médecins qui ont participé activement aux luttes pour la légalisation de la contraception et de l'avortement ont été perçus non pas comme des ennemis potentiels mais comme des alliés de la cause des femmes. C'est pourquoi l'opposition des féministes françaises n'a pas été aussi forte de celle des nord-américaines (Löwy, Marry, 2007).

Il serait par ailleurs réducteur de considérer la médicalisation du corps féminin uniquement comme une conquête professionnelle. Car c'est bien la rencontre de deux processus comme l'explique Kohler-Riessman :

« Childbirth, reproduction, premenstrual problems, weight and psychological distress into medical events have been outcome of a reciprocal process involving both physicians and women. Medicine, as it developed as a profession, was repeatedly redefined. The interests of physicians in expanding jurisdiction into new areas coincided with the interests of certain class groups in having their experience in those areas understood in new terms. In other words, physicians created demand in order to generate new markets for their services. They also responded to a market that a class of women created... » (Kohler Riessman, 2005 : 60)

En revanche, ce qui est remis en cause concerne plus spécifiquement la capacité des médecins à écouter et entendre les besoins des femmes et à prescrire un contraceptif adapté principalement parce que les médecins sont à l'époque majoritairement des hommes. Aujourd'hui, on l'a vu, les femmes disent être attachées à la consultation gynécologique en grande partie parce qu'elle est dispensée par des femmes. Pourtant des études comme celle notamment de M. Ferrand et N. Bajos montrent que si les contraceptifs médicaux sont fiables

à 99%, le taux des IVG reste constant ce qui amène les auteurs à interroger la nature de la relation entre le gynécologue et sa patiente ainsi que la manière dont est opéré le choix des contraceptifs prescrits.

Avant de franchir les portes du cabinet de consultation pour y trouver des éléments de réponse, il convient de s'attarder encore quelques instants sur ces médecins. Pourquoi ont-ils choisi cette spécialité de gynécologie médicale, est-ce par vocation pour être auprès des femmes ? S'engage-t-on en gynécologie pour les mêmes raisons que l'on soit homme ou femme ? Telles sont les questions auxquelles le chapitre suivant apportera des réponses.

Chapitre 3 Devenir et être gynécologue

Même si la gynécologie médicale est très majoritairement féminisée, des hommes la pratiquent régulièrement, pour avoir eu une formation en gynécologie médicale ou, pour la majorité d'entre eux, en obstétrique ou en chirurgie gynécologique. Étendre leur pratique à la gynécologie médicale tient pour partie au fait que les frontières entre obstétrique ou chirurgie et gynécologie médicale sont relativement floues, ainsi que nous l'avons déjà souligné. De plus, il apparaît que le suivi gynécologique d'une patiente s'inscrit dans une continuité logique après une intervention chirurgicale ou une grossesse et un accouchement. Ainsi, de nombreux chirurgiens et obstétriciens assurent une consultation de gynécologie médicale au sein du service de gynécologie de l'hôpital où ils exercent, d'autres la pratiquent en cabinet libéral. Mais sont-ce bien là les seules motivations et qu'est-ce qui les a initialement dirigé vers la santé reproductive et sexuelle des femmes ? Nous avons souligné que, de leur côté, les femmes préféraient la gynécologie médicale à l'obstétrique dans le but d'échapper à es horaires et des charges de travail incompatibles avec la gestion d'une vie familiale. Qu'en est-il réellement de leur choix de la gynécologie médicale plutôt qu'une autre spécialité ? Indépendamment des contraintes matérielles, se spécialiser et exercer dans une spécialité orientée sur la santé sexuelle et reproductive des femmes constitue-t-il tant pour les obstétriciens que pour les gynécologues ce que l'on pourrait appeler une vocation ? Au-delà, les motivations à l'origine de cette orientation ont-ils une incidence sur la manière de concevoir le métier et plus précisément le rôle du praticien en gynécologie médicale ? Nous voudrions dans ce chapitre apporter des éléments de réponse à partir des données recueillies dans le cadre des entretiens réalisés auprès des gynécologues puis des conversations informelles tenues avec les médecins des services de gynécologie dans lesquels nous avons mené nos observations. Pour compléter notre analyse, nous prendrons également appui sur des ouvrages publiés par des gynécologues, d'une part parce que les « *Les médecins sont nombreux à se raconter et à se pencher sur leur motivation [...]. Tout se passe comme si l'exercice d'une profession à caractère social ou médical contraignait moralement à rendre des comptes à la société. Les médecins, avec les politiciens, seraient parmi ceux qui se racontent le plus* » (Dechamp-

Leroux, 1992 : 59) et d'autre part parce que les médecins rencontrés ne se sont pas laissés aller au récit biographique⁵³.

Nous ne prétendons pas ici faire une sociologie de la profession de gynécologue. Notre objectif est de présenter les professionnels que nous avons rencontrés et avant de faire l'analyse de leurs pratiques, d'entendre leur discours sur la manière dont ils conçoivent leur rôle. Il s'agira alors de voir comment discours et pratique s'éclairent mutuellement. Des contradictions pourront apparaître, il conviendra d'en saisir le sens et la portée.

3.1 Une vocation ?

La majorité des médecins rencontrés ont affirmé avoir entrepris des études de médecine pour y avoir été fortement encouragés par leurs parents et s'être conformés aux injonctions parentales. Dans la plupart des cas, au moins un des deux parents étaient lui-même médecin⁵⁴. Faire médecine s'est imposé à eux telle une évidence comme pour le Dr Rinieri qui souligne que dans sa famille « *on est médecin de mère en fille* » (2006 : 124). Pour ceux issus d'un milieu exempt de filiation médicale, faire médecine représentait pour eux-mêmes et pour leurs parents l'opportunité d'une ascension sociale. La médecine représente en effet pour les étudiants issus de milieux populaires une voie d'ascension sociale privilégiée parce qu'elle reste relativement bas dans la hiérarchie des prestiges des différentes sections (Bourdieu, 1964, 1970). Filière moins prestigieuse que celle des grandes écoles, la médecine « *a donc dans le premier cycle un recrutement plus populaire* » (Dechamp-Le Roux, 1992 : 54). Le parcours du Dr A. (femme) est à ce titre exemplaire. Ses parents, d'origine algérienne, père ouvrier et mère au foyer, ont tout mis en œuvre pour qu'elle fasse des études supérieures⁵⁵ et l'ont particulièrement incitée à devenir médecin. En faisant médecine, cette femme se

⁵³ Nous avons souligné dans notre partie sur l'enquête de terrain combien il avait été difficile d'obtenir un entretien avec les médecins et que la majorité d'entre eux n'en avaient pas permis l'enregistrement. De plus, nous avons privilégié la négociation des observations.

⁵⁴ Cela n'est pas surprenant au regard des études préexistantes sur les professions de santé qui montrent que la reproduction sociale y était jusqu'à ces dernières années importante. On peut se référer aux travaux de Herzlich et al. sur les médecins de 1930 à 1980, voir l'article de G. Paicheler (2001) « Carrières et pratiques des femmes médecins en France (1930-1980) : portes ouvertes ou fermées ? » in P. Aïach (dir.) *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, ENSP, pp 179-196.

⁵⁵ Les études représentent pour une majorité des familles immigrées l'opportunité de légitimer le parcours migratoire, voir l'article de Z. Zérroulou, (1998), « La réussite scolaire des enfants d'immigrés : l'apport d'une approche en termes de mobilisation », *Revue Française de Sociologie*, vol 29, pp 447-470.

conformait à son rôle de soutien de famille qu'elle se devait d'assumer en tant qu'aînée de la fratrie tout en acquérant un statut social valorisant pour elle-même et pour la famille⁵⁶.

Les raisons qui ont amené les femmes et les hommes à se spécialiser en gynécologie sont variables. Si elles peuvent dépendre du contexte social dans lequel la décision a été prise, les motivations ainsi que la manière de les exprimer, se révèlent être sexuellement différenciées. Autant les hommes présentent leur choix comme une évidence, autant les femmes reviennent sur les différents éléments qui les ont finalement conduites vers la gynécologie. Si une espèce de fascination pour la « mère » et la maternité est à l'origine du choix masculin : « *quand je suis rentré à la fac, je savais exactement ce que je voulais faire, ça m'a toujours fasciné, c'était ça et rien d'autre* » (Dr D., homme). Le récit du Dr Salama (homme) évoque très concrètement cette fascination :

« Ce qui m'a donné envie d'exercer ce métier, c'est l'amour de trois choses : l'amour des femmes, l'amour des enfants et l'amour de la chirurgie. Au terme de mes sept années de médecine, j'avais décidé de devenir pédiatre. La veille des inscriptions, je n'ai pas dormi de la nuit, je savais que je devais prendre la décision de ma vie. L'évidence m'est apparue au petit matin, mon destin n'était pas tout à fait celui-ci, il y manquait une dimension. J'aime les enfants, mais ce que je désire plus que tout c'est les mettre au monde ! Participer à ce moment d'absolu, unique, inoubliable » (Salama, 2005 : 12)

Néanmoins, cette « fascination » a pu se révéler progressivement comme l'explique le Dr E. (homme).

Prise de conscience progressive

Le Dr E, d'origine belge, arrivé en France en 1998 pour se rapprocher de sa jeune épouse française, exerce comme gynécologue médical dans un centre de PMI et en cabinet libéral. Il affirme sans détour avoir fait le choix de la médecine « *pour l'aspect biologique, l'aspect relationnel et social* ». Après ses études, il pratique la médecine générale sans plaisir, regrettant l'absence de « *compétence technique* » et se décide alors à partir en Afrique puis en Asie dans le cadre de missions humanitaires. Au cours de ces missions, il prend la

⁵⁶ Les filles aînées doivent très souvent se consacrer à la famille. Ce sont elles qui seront incitées à rester auprès des parents. On peut à ce sujet lire les travaux de C. Lacoste-Dujardin.

mesure des problèmes de santé des femmes enceintes et surtout de ne pas avoir les compétences suffisantes pour pouvoir y remédier :

« Surtout en Afrique même si un petit peu en Asie mais où c'est surtout des problèmes de santé publique qui tournent la plupart autour de la femme enceinte et de l'enfant. Et donc j'ai été confronté avec des problèmes où je ne pouvais pas mettre assez de poids dans des décisions ou des projets parce que je n'avais pas de qualifications autres que médecin généraliste et je suis revenu pour faire une spécialité de gynécologie obstétricale. C'était ça la raison, en cherchant ma branche même dans la pratique de la médecine, j'ai été confronté avec la situation de la femme en pays de développement où je voulais en fait faire plus et l'obstétrique est le domaine le plus proche. »

Le Dr E. conclut sur cette question de l'orientation en affirmant sa passion pour la femme et plus particulièrement pour la « mère » :

« Moi je suis passionné par la femme en tant que mère, c'est le pilon principal de la société. C'est ce qui fait bouger le monde et si je ne l'avais pas compris avant c'est mon expérience et mes contacts avec la condition de la femme dans les pays en voie de développement. »

Si les hommes présentent un parcours cohérent en prenant soin d'en montrer la logique comme le Dr E., c'est, comme le souligne Testenoire, que « les hommes se doivent d'avoir un projet et une carrière professionnelle » (2001 : 132). Des femmes peuvent comme le Dr A. dérouler un récit du même type pour avoir adopté aussi une stratégie de carrière habituellement masculine :

Un récit de carrière féminine à l'image des récits masculins

Après nous avoir expliqué les raisons qui l'avaient conduite à faire des études de médecine et que nous avons déjà évoquées, le Dr A. nous fait le récit de son parcours mené de telle manière à accéder au poste de chef de clinique. Pourtant, elle abandonnera assez rapidement l'obstétrique :

« Je suis gynécologue obstétricienne. J'ai fait mes études d'externe en médecine au C.H.U. de Créteil à Mondor. Ensuite j'ai passé mon internat que j'ai eu à Tours. Donc j'ai fait 5 ans d'internat de gynécologie obstétrique au C.H.U. de Tours où j'ai fait des hôpitaux

comme Tours, Blois et Orléans, et un semestre à Point à Pitre en Guadeloupe en gynécologie-obstétrique, ensuite j'ai été chef de clinique au C.H.U. de Tours pendant deux ans. Puis insatisfaite, lasse et fatiguée par tous les inconvénients inhérents à l'obstétrique, j'ai souhaité ne pas prendre de poste de praticien hospitalier, mais au contraire créer une autre expérience dans la région parisienne pour revenir près des miens, à la fois une expérience en libérale et une expérience dans la fonction publique territoriale, le cadre dans lequel on se rencontre aujourd'hui, dans les centres de planification d'éducation familiale et de protection maternelle. Donc ça veut dire qu'aujourd'hui j'ai cette double activité. »

Pour conclure, elle évoque les raisons qui l'ont amenée à se spécialiser en gynécologie-obstétrique après avoir rappelé brièvement qu'à l'époque où elle fait ses études il n'y a plus de formation à la gynécologie médicale.

« le côté très positif de cette spécialité qui est la seule spécialité où on peut y aller gaiement et vivre un événement heureux et c'est cette spécificité qui m'a fait choisir cette spécialité, le côté rose, positif de la naissance, accompagner une grossesse, accompagner un couple, surtout les premiers, il y a quelque chose de particulier et puis donc la construction d'une famille, l'agrandissement d'une famille. »

Nous comprendrons au fil de l'entretien puis à la lumière de l'ouvrage biographique publié par le Dr A. deux ans après notre première rencontre, qu'amenée à suivre une logique d'action fondée sur l'autonomie, elle a adopté une stratégie de carrière habituellement associée aux hommes. Le prix à payer de cette transgression est le célibat et le renoncement à la maternité comme si réussite professionnelle et engagement conjugal étaient incompatibles pour une femme (Lefeuvre, 2001) :

« je négligeais mon identité physique et ne me mettais pas en scène sur le marché de la séduction. [...] Toutefois, je me demande si je dois regretter d'avoir loupé définitivement les paliers irrattrapables de la maternité »

A travers ces deux récits, on remarque que les hommes, contrairement aux femmes, cloisonnent univers privé et professionnel (Testenoire, *op. cit.*). Alors que le Dr E. occulte sa vie privée dans le récit de son parcours professionnel, le Dr A., sans en dire beaucoup, souligne néanmoins qu'elle revient en région parisienne pour se rapprocher des siens. Cela ne

signifie pas pour autant que la vie privée n'a aucune incidence sur les carrières masculines. Lorsque nous demandons au Dr E. pourquoi il ne pratique pas l'obstétrique, il nous explique que son rapprochement familial a mis un terme à une carrière hospitalière qui s'annonçait prometteuse en Belgique et que le choix d'exercer en PMI et en cabinet libéral résultait finalement d'une négociation conjugale. Ce genre de négociation est de plus en plus fréquente car ainsi que le rappellent N. Lapeyre et N. Lefeuve « *les épouses d'hommes médecins « épousent » de moins en moins la carrière médicale de leur conjoint* » (2005 :61). Néanmoins, l'investissement dans la carrière professionnelle reste prioritairement accordée aux hommes y compris au sein de couples où les femmes sont autant dotées scolairement que leur conjoint et cette tendance est d'autant plus marquée avec la naissance des enfants⁵⁷ (Singly de, 2002). La trajectoire du Dr I. (femme) illustre ce phénomène en même temps qu'elle témoigne de la crise identitaire que cela peut entraîner.

L'impossible compromis du Dr I.

Le Dr I., d'origine Russe, est arrivée en France en 1988. La décision d'émigrer s'est imposée lorsque son mari a obtenu un poste au CNRS. Elle nous explique combien il lui a été difficile de prendre cette décision car elle occupait un poste intéressant en Russie. De plus, venir en France impliquait pour elle de cesser son activité car ses diplômes ne lui permettaient pas d'exercer sa profession :

« Quand je suis arrivée en France je ne pouvais pas travailler. J'ai longtemps réfléchi avant de prendre la décision de venir ici. Ce n'était pas facile pour moi parce que j'avais quand même un certain statut chez moi, j'étais bien et donc c'était difficile quand j'ai pris cette décision de vivre une vie de femme au foyer. »

Le Dr I. va très mal vivre le fait d'être femme au foyer et va sombrer dans une dépression. La perte de son statut social et la reconnaissance dont elle bénéficiait dans ses anciennes fonctions, l'absence de sociabilité professionnelle, sont autant d'éléments qui ont fait naître chez elle le sentiment de ne plus exister :

« Au bout d'un an et demi j'étais au bord d'une dépression hein. Je ne pouvais pas supporter

⁵⁷ L'investissement des hommes dans leur carrière s'accroît avec le nombre des enfants (De Singly, *op. cit.*).

d'être à la maison avec ces deux enfants qui m'adoraient, le mari qui m'aimait, j'avais tout en fonction de nos moyens mais je ne pouvais pas supporter car j'ai fondé ma famille assez tard et j'avais pris l'habitude d'extérioriser mon travail et de toujours être au service et c'est très agréable ce travail de médecin car on a toujours cette reconnaissance au quotidien déjà dans le regard et aussi dans le respect puis dans les traitements et c'est très agréable. Je ne pouvais pas supporter de vivre sans reconnaissance. »

Prendre la décision de reprendre son travail n'était pas facile pour autant. Cela impliquait de repasser des examens à partir de la 5^{ème} année de médecine puis de faire l'internat. Elle obtient son examen en 1992 et le droit d'exercer en libéral en 2000. Néanmoins, on comprend dans son récit que ce n'est pas tant le fait de devoir repartir en formation qui lui pose problème que celui de déléguer la garde des enfants et de ne pas être capable d'assumer son rôle de femme au foyer et de ne pas être, du coup, une bonne mère. Il lui faut dans un premier temps dépasser un fort sentiment de culpabilité avant de pouvoir s'inscrire à nouveau dans son activité professionnelle :

« Je ne pouvais plus être au service de mes chers car j'étais malade. J'étais plus heureuse quand j'étais sortie et j'ai honte de le dire. Quand je regarde les femmes au foyer je me demande comment elles font, je ne comprends pas, comment elles s'habituent à ça, je ne comprends pas. Je suis toujours à la recherche de cette force qu'elles ont à rester à la maison et de donner autant à l'autre, je n'y arrive pas. Quand j'ai essayé de le faire, je mourais donc il fallait bien arrêter pour exister. Et comme un signe du destin on m'a appelée pour me dire il y a une place en crèche et je me suis dit chouette !!! (rires) Je ne pense pas que ma pauvre fille soit plus malheureuse en dehors de la maison qu'avec sa mère protectrice, au contraire je dirais car je vois des enfants qui ont la présence de la mère et qui ont des problèmes psychologiques beaucoup plus importants. Donc il n'y a pas de réponse et pas de recette, on fait de son mieux (rires) »

L'idéal, dit-elle, serait de pouvoir travailler « moins » sans que cela n'affecte la carrière.

Si les hommes inscrivent leur choix de la gynécologie ou de l'obstétrique dans une cohérence, les femmes présentent plus souvent un ensemble de circonstances. Elles n'évoquent jamais de « fascination » pour « la femme » ou la « mère » comme leurs confrères masculins et l'idée de devenir gynécologue s'est construite petit à petit, au gré de circonstances variées. S'il convient de souligner la variabilité des contingences présentées, il importe plus encore de les

identifier. Le fait que les femmes ne soient pas allées spontanément vers la gynécologie est loin d'être anecdotique.

Contexte social et conformation aux rôles traditionnellement féminins

Le contexte social de l'époque à laquelle il leur appartenait de faire un choix d'orientation professionnelle constitue, pour les plus âgées d'entre elles, un élément déterminant. Des femmes ayant choisi de se spécialiser en gynécologie médicale dans les années soixante affirment aujourd'hui avoir fait ce choix afin d'être auprès des femmes et de leurs combats :

« Toutes les polémiques, les interrogations, les discussions de ce temps me concernent. Je suis une femme et m'interroge avec les autres femmes : à qui appartient mon corps ? Les luttes, les manifestations de cette époque me montrent aussi combien il est important qu'une femme ne reste pas isolée dans sa souffrance ». (Rouméas, 2006 : 45)

En outre, des femmes disent avoir été encouragées à se spécialiser dans des disciplines proches de leurs rôles traditionnels comme le rappelle I. Borten-Kravin : *« L'air du temps chantait que la gynécologie et la pédiatrie convenaient particulièrement aux femmes. »* (2004 : 19). Ce qui permettait aux hommes de conserver le bastion de l'obstétrique et de déléguer aux femmes la gynécologie dont ils ne voulaient pas, nous l'avons dit.

Nous avons souligné à travers les propos du Dr Cabau que la gynécologie était à ses débuts mal considérée et celles qui l'exerçaient étaient moquées par leurs confrères. S'inscrire en gynécologie médicale pouvait être vécu comme une certaine disqualification :

« En même temps, une voix en moi persiflait : « tu n'es bonne qu'à ça ». Cette optique à peine dévalorisante, montre à quel point j'avais intériorisé le regard de la société sur les femmes et la féminité. » (Borten-Kravin, op. cit. : 19)

En même temps, s'occuper de la santé des femmes pouvait donner le sentiment d'être différente et d'une certaine manière « supérieure » aux autres femmes : *« soulager et aider les femmes donnait une opportunité de ne pas être tout à fait comme elles [les femmes] »* (Borten-Kravin, op.cit. : 19)

Concilier vie familiale et vie professionnelle

C'est donc plus par défaut que la plupart d'entre elles se sont spécialisées en gynécologie. Elles ne voulaient pas de l'obstétrique « trop éprouvante » ni de la médecine générale considérée comme étant incompatible avec une vie familiale.

« Je ne me sentais pas pour autant prête à exercer la médecine générale. J'avais eu entre temps deux enfants, et la vie d'un généraliste me paraissait trop exigeante. » (Borten Krivine, op. cit. : 19)

Ce sentiment était plus particulièrement fort chez celles dont les pères étaient médecins généralistes et dont elles avaient pu observer la pratique d'autant qu'il existait à cette époque une confusion des univers privé et professionnel, le cabinet médical étant généralement installé dans la maison familiale (Herzlich *et al*, 1993). Mariée à un médecin généraliste et ayant eu pour modèle familial un père généraliste entièrement accaparé par son activité, le Dr G. nous expliquait qu'elle ne pouvait pas envisager la médecine générale d'autant qu'elle souhaitait avoir des enfants : *« on ne pouvait pas être tous les deux généralistes, ça aurait été de la folie »*.

Cette absence de vocation n'est pas spécifique aux femmes gynécologues. C. Marry (2004) souligne que la majorité des femmes ingénieures qu'elle a rencontrées se sont inscrites dans des écoles d'ingénieur « par défaut » alors que leurs homologues masculins affirment avoir eu très tôt un projet professionnel.

L'attrait de la gynécologie

Lorsque les femmes affirment avoir « choisi » la gynécologie médicale, les raisons invoquées sont très variables. Le Dr B. s'est orientée en gynécologie pour être particulièrement intéressée par l'intrication du psychisme avec la santé sexuelle et reproductive. Elle complètera sa formation par des DU de psychosomatique et de psychiatrie :

« J'ai fait de la psychosomatique parce que je crois que c'est ce qui m'intéressait dans la gynécologie. On n'arrive pas à séparer ça du psychisme, c'est tellement intriqué que ça me semble être la base »

Si le Dr I. est aujourd'hui gynécologue médicale, elle a fait ses études dans l'objectif de faire de la recherche en endocrinologie et en reproduction humaine :

« En fait, j'ai fait une formation générale, standard puis je m'intéressais à l'endocrinologie gynécologique et dans la ville où j'habitais, qui est la capitale de la Georgie, il y a un institut qui existe toujours, qui est un institut de la reproduction humaine. C'est un institut qui travaillait sur les problèmes de fécondité femme et homme. Il n'y en a pas beaucoup dans le monde entier de spécialité endocrinologie-gynécologique médicale. C'était un avantage parce qu'il n'y en a pas beaucoup, il y a quelque chose à St Petersburg, puis à Moscou mais rien ailleurs. Donc c'est pour ça que je suis allée dans cette voie sans pour autant travailler dans cet institut parce que vous savez il y a toujours des problèmes de poste. »

Deux points sont en revanche évoqués avec récurrence. Le caractère préventif de l'activité en gynécologie médicale a constitué un attrait spécifique pour nombre d'entre elles. La maladie y occupe une place beaucoup moins importante que dans n'importe quelle autre spécialité (Dagnaud, Mehl, 1988) et c'est pour cette raison que certaines ont préféré la gynécologie à la pédiatrie qui pourtant les attirait mais en même temps les effrayait *« je n'aurais pas pu supporter les souffrances des tous petits »* (Dr C.).

Deuxième aspect majeur mis en avant par les femmes rencontrées : l'aspect relationnel. Toutes l'évoquent comme étant une caractéristique de la spécialité et comme faisant parti intégrante de leur conception du métier. *« C'est un domaine où il faut être à l'écoute des femmes »* insiste le Dr G., *« pour qu'elles se sentent en confiance, qu'elles puissent se confier »*. Exprimer sa motivation à faire de la gynécologie consiste à mobiliser des stéréotypes de genre en faisant référence à des qualités ou des valeurs dites « féminines ».

Etablir une relation de confiance

Le Dr C. explique que même si elle avait été poussée en médecine par sa culture familiale, elle s'est prêtée au jeu et y a même trouvé une certaine satisfaction :

« quand j'ai appris à faire de la médecine ce que je trouvais intéressant c'est que c'était toujours quelque part un jeu, une enquête, un truc comme ça, on parlait de données, on cherchait pourquoi etc., c'était toujours titillant, finalement ça me plaisait bien »

Elle décide de se spécialiser en gynécologie pour pouvoir établir une relation de confiance avec ses patientes parce que selon elle la gynécologie est la seule spécialité à offrir cet aspect :

« Après j'ai fait le choix d'être gynéco médicale pour être effectivement avec ma propre clientèle ce qui est pour moi ce qu'il y a de plus intéressant, cette relation qu'on a avec les gens justement. C'est ce qui fait que j'ai choisi la gynéco parce que, outre pratiquer la médecine que j'aimais bien, là on se retrouvait dans une spécialité où c'est vrai qu'il y avait une confiance des gens beaucoup plus importante et il y a pas d'autre spécialité qui se porte à ça. Et ce relationnel là me plaisait bien, c'était important. »

L'analyse des données recueillies sur le choix de la gynécologie montre une différence sexuée dans la manière d'exprimer ce choix, les hommes évoquant une vocation alors que les femmes présentent un ensemble de contingences. Les circonstances qui ont amené les femmes à se diriger vers la gynécologie relèvent pour les plus anciennes du contexte social et professionnel des années soixante, soixante-dix où les femmes étaient fortement incitées à occuper des fonctions que les hommes refusaient et qui étaient proches des rôles traditionnellement féminins. La gynécologie est par ailleurs considérée comme une spécialité permettant de concilier plus facilement vie professionnelle et familiale. C'est donc par défaut que les femmes ont pu s'y inscrire. Pourtant, et ce, quelle que soit la génération à laquelle elles appartiennent, les femmes gynécologues affirment aujourd'hui être plus légitimes et compétentes que les hommes à exercer cette spécialité.

3.2 Le genre comme compétence professionnelle

L'analyse des débats auxquels avait donné lieu la réhabilitation de la gynécologie médicale dans la formation a montré que les femmes gynécologues se considèrent plus légitimes à exercer cette profession et plus compétentes que les hommes. Nous voudrions ici revenir sur cette question avec plus de précision en convoquant les témoignages recueillis au cours de notre enquête. Si être une femme constitue un « atout » comme pour le Dr A. : *« C'est évident que le fait d'être une femme est un atout, un atout vraiment essentiel »*, il convient de regarder

la manière dont les femmes l'expliquent et le justifient. Si l'expérience des étapes physiologiques féminines sont mises en avant, celle de la socialisation féminine est également évoquée comme étant essentielle pour la compréhension des besoins et des attentes des patientes.

Si l'expérience de la maladie est très souvent à l'origine de l'orientation en médecine (Dechamp-Le Roux, 1992), il n'en reste pas moins que faire ou avoir fait l'expérience de la maladie n'est pas en Occident une condition nécessaire pour devenir médecin comme dans d'autres sociétés (Fassin, 1992). Nul besoin d'avoir expérimenté un infarctus pour être un cardiologue reconnu. De la même manière les femmes gynécologues ne disent pas qu'il est nécessaire d'avoir expérimenté des pathologies féminines pour être un bon gynécologue. En revanche, avoir fait l'expérience des règles, de la maternité ou de l'accouchement favorise une meilleure écoute et apporte une meilleure compréhension des problèmes féminins. Le Dr C. explique ainsi avoir été beaucoup plus compréhensive face aux interrogations des parturientes après son expérience de la grossesse et de l'accouchement : *« mon écoute a vraiment changé après ma première grossesse, c'est clair »*. Les propos du Dr A. introduisent une autre dimension. Même si elle affirme tout d'abord qu'être une femme est un atout *« Parce qu'on est faite pareil »*, force est de constater que par cette locution, elle ne fait pas tant référence au corps et à son fonctionnement qu'au processus de socialisation sexuellement différenciée :

« Depuis l'enfance, on vit les mêmes choses, on se prépare à l'idée d'être une femme, à l'idée d'être mère, on met des robes, on joue à la poupée, à la maman, on apprend à être tout le contraire d'un homme ».

Cette expérience dépasse toutes les connaissances que l'on peut acquérir au cours de la formation ainsi que l'explique le Dr I. :

« Le fait d'avoir vécu le même type d'état c'est un atout. On a beau avoir lu, avoir appris des choses, ce n'est pas la même chose je trouve. Vivre ça, c'est toujours un atout. Tout ce qu'on a vécu, on a compris la vie, en général vous avez beau lire plein de choses, vivre c'est autre chose. C'est vivre à travers de soi même »

Sans cette expérience, leurs confrères masculins n'ont pas d'après le Dr G. la même compréhension de leurs patientes :

« J'ai assisté aux consultations de mes collègues hommes et malgré toute la finesse et la formation, moi je trouve qu'il y a quand même ce manque, ils ne comprennent pas complètement les problèmes des femmes. Ils ne prennent pas au sérieux certains petits mots et maux des femmes. Je vois bien la chirurgie confiée à l'homme mais la gynécologie médicale, c'est une affaire de femme. »

A travers leurs témoignages, les gynécologues femmes font la preuve d'une incorporation des stéréotypes de sexe. Non seulement elles ne les remettent pas en cause mais elles les utilisent pour légitimer la division sexuelle du travail dans la spécialité : les femmes à la gynécologie médicale, les hommes à l'obstétrique et la chirurgie. Les qualités féminines n'apportent aucune plus value professionnelle lorsqu'il s'agit d'accomplir des actes techniques comme l'explique le Dr A. : *« Etre une femme est moins un atout quand on est obstétricien ou quand on est chirurgien. Il y a un acte à poser, une réponse immédiate, une attente précise »*. Mobiliser l'identité sexuelle comme compétence professionnelle est une manière de construire a posteriori la légitimité à avoir massivement investi cette spécialité et dans le contexte de rationalisation du système de santé de défendre la gynécologie médicale comme un bastion féminin.

Le fait d'être une femme présente aussi l'avantage de retirer toute connotation sexuelle à la consultation que la présence d'un médecin masculin introduit inévitablement. Les femmes affirment offrir de ce fait un regard « neutre » permettant aux patientes de se sentir plus à l'aise.

« le regard posé est le regard d'un professionnel dans lequel il n'y a pas de connotations, de rapport socio ou sexo-spécifique homme/femme hein, c'est un regard neutre, même si c'est toujours entaché par la pudeur, on est bien d'accord, c'est pas toujours facile de se déshabiller, c'est presque toujours difficile d'ailleurs mais je pense que chez un garçon il peut y avoir, comment on appelle ça heu..., des sous-entendus, des choses un peu particulières qui peuvent être mal interprétées, mal vécues ». (Dr A.)

Selon nos interlocutrices, ces ambiguïtés entravent la parole des patientes et plus particulièrement l'expression de ce qui relève de la sexualité : *« Les femmes se délivrent moins bien aussi. C'est plus difficile de parler de sa sexualité avec un homme. »* (Dr I.). Que des patientes préfèrent consulter un médecin homme entraîne l'incompréhension des

gynécologues femmes. Le Dr B. convoque la notion de transfert pour en trouver une explication acceptable. Si les patientes préfèrent un homme c'est qu'elles viennent chercher un « père » tout comme celles qui viennent la consulter trouvent en elle une « mère » :

« Alors je ne sais pas pourquoi des femmes choisissent des hommes, il faut leur demander, mais il y en a qui ne veulent que des hommes. Je ne sais pas du tout comment ça se passe chez les hommes, comment ils font, bon il y en a aussi qui sont peut-être très paternels et des femmes qui vont aussi chercher un père, je ne sais pas. Moi c'est évident qu'elles viennent chercher une mère mais je crois que c'est bien qu'il y ait plusieurs possibilités. »

Tous ces éléments présentés dans les discours des gynécologues interrogés sont, on l'aura compris, autant de pistes à explorer par l'observation des pratiques. Si la féminisation des « bastions masculins » laisse entrevoir une transformation des systèmes de valeur masculinistes et espérer une meilleure réceptivité aux attentes et aux besoins de la clientèle féminine (Lefevre, 2001), les travaux de S. Fortino sur la mixité au travail ou encore celui de J. Cassell sur les chirurgiennes ont montré comment les femmes occupant des postes de niveau cadre ou de hautes fonctions se sentent plus proches des hommes et rejettent les stéréotypes sur les femmes des catégories inférieures. Ainsi, les chirurgiennes peuvent s'imprégner de l'idéologie masculine tant et si bien qu'elles s'emploient à la perpétuer sur leurs collègues féminines. On peut donc légitimement se demander dans quelle mesure ces mécanismes ne sont pas à l'œuvre dans la relation médecin/patient dans laquelle le médecin a de fait un statut supérieur à celui de la patiente. De la même manière, on peut se demander comment ces femmes gynécologues perçoivent et gèrent la différence. Que se passe-t-il en effet lorsqu'une patiente n'a pas été socialisée selon les mêmes codes ou les mêmes normes parce qu'elles sont issues soit d'un milieu social différent soit de l'immigration ou encore si une patiente transgresse volontairement ces codes ou ces normes ? Que se passe-t-il aussi lorsqu'une patiente présente une non-conformité corporelle ? Que se passe-t-il enfin lorsqu'une patiente est homosexuelle ? Autant de questions que nous devons garder à l'esprit et auxquelles des réponses seront apportées lorsque nous aurons franchi la porte du cabinet de consultation.

3.3 Le rôle du gynécologue

Dans leurs travaux consacrés à la profession de gynécologue, M. Dagnaud et D. Mehl soulignent que la relation entre le gynécologue et sa patiente n'est pas une relation asymétrique, « déséquilibrée par le pouvoir de l'expert » mais qu'il s'agit « d'une négociation conduite sous les auspices de la complicité » (1988 : 278). Complicité que les auteurs attribuent à la proximité sociale des gynécologues avec leurs patientes ainsi qu'à la féminisation de la profession : « La prise en compte des aspirations féminines relèvent beaucoup en effet de la féminisation de la profession » (1988 : 284). De plus, même si elles soulignent que les gynécologues sont les premiers instigateurs des techniques nouvelles, elles affirment que dans la majorité des relations la patiente impose sa dynamique et ses requêtes « des plus banales aux plus insolites, des plus médicales aux plus intimes » (*op. cit.* : 279) au gynécologue qui n'a pas d'autre choix que de s'y soumettre. Vingt années nous séparent de cette étude, vingt années marquées par une féminisation croissante. Tout porterait donc à penser que cette complicité s'est renforcée. Nous permettent d'en douter les études menées depuis par H. Bretin (1992) sur la contraception ou celles de M. Ferrand et N. Bajos (2002) sur l'avortement qui montrent comment les médecins ont construit des normes contraceptives et imposé des pratiques en fonction de l'âge ou de l'origine sociale des patientes. Implicitement ou explicitement, ces études interrogent la nature de la relation entre le gynécologue et sa patiente dont seule l'observation des consultations peut rendre compte. Si telle est la démarche que nous avons adoptée, avant d'exposer les résultats de l'analyse que nous avons faite des observations réalisées, nous aimerions nous arrêter sur les discours tenus par nos interlocuteurs sur la manière qu'ils ont de définir leur rôle. Force est de constater que la teneur de ces propos nous éloigne de la complicité évoquée par Dagnaud et Mehl et tend à nous rapprocher de la figure de « l'entrepreneur moral » définie par Becker (1963) et transposée au monde médical par E. Freidson (1970).

Si la féminisation introduit des valeurs féminines permettant une plus grande réceptivité des attentes de la clientèle féminine, le caractère préventif de la consultation conforte le gynécologue dans un rôle où le jugement moral occupe une place importante.

Tous les gynécologues interrogés mettent en avant le caractère préventif de la consultation gynécologique et considèrent qu'il leur revient avant tout de promouvoir et de préserver la

santé des femmes : « *Avant tout on est des médecins mais on a un grand rôle de prévention et des gens viennent nous voir sans être malades.* » (Dr B.). La prévention consiste principalement en un dépistage des cancers mammaires et du col de l'utérus par des examens réguliers. La prévention passe aussi par la transmission d'informations auprès des patientes : « *Il y a beaucoup d'informations délivrées dans cette consultation là* » (Dr C.). Trois des médecins interrogés insistent sur l'importance d'informer les femmes et plus particulièrement les jeunes sur les pratiques contraceptives mais également sur les maladies sexuellement transmissibles, la grossesse et l'avortement. Ces trois médecins interviennent dans des collèges et assurent des permanences dans des centres de PMI. Ils évoquent la difficulté de certains jeunes à accéder à ces informations en raison d'une absence de dialogue avec les parents le plus souvent gênés d'aborder ces sujets avec leurs enfants.

Plus généralement, il apparaît que donner de l'information relève plus de « l'éducation » et s'étend, au-delà de la gynécologie, à « *l'hygiène, à la diététique, à l'hygiène de vie globalement* ». Les termes ou les expressions mobilisés avec récurrence et de façon unanime par les praticiens interrogés méritent qu'on s'y arrête quelques instants. Il s'agit comme le souligne avec force le Dr B. « *d'éviter les mauvaises constructions du corps.* », plus particulièrement chez les jeunes filles mais également tout au long de la vie des femmes. Les gynécologues disent alors « guider » et « accompagner » leurs patientes dans l'apprentissage et la connaissance de leur corps. Cet accompagnement se caractérise par un recours à « de nouveaux repères », à « des normes » et consiste à « cadrer » et à « normaliser ». Même si les gynécologues prétendent rester « neutres » et « ne pas porter de jugement », d'aucuns reconnaissent comme le Dr C. (femme) le pouvoir et la force de persuasion que leur confère leur statut :

« *C'est parce que on est médecin qu'elles acceptent ce que l'on dit mais il ne faut pas en abuser mais c'est vrai que notre formation médicale fait qu'elles croient plus ce que l'on dit, c'est sur* ».

S'il conviendra d'analyser avec précision la pratique des gynécologues afin de repérer le sens et la portée de ces discours, il importait ici de souligner les paradoxes entre la neutralité affirmée et la normalisation des représentations et des pratiques féminines dans laquelle ils inscrivent leur rôle.

En interrogeant les données de démographie médicale, nous avons pu constater l'inégale répartition géographique des gynécologues médicaux sur le territoire français et en déduire les inégalités d'accès pour les femmes à la consultation gynécologique. L'analyse de ces données a permis aussi de prendre conscience du vieillissement des gynécologues dont la cause essentielle est la suppression en 1984 de la formation à cette spécialité et la conséquence évidente la pénurie de gynécologues d'ici à l'horizon 2020. En parcourant les débats auxquels a donné lieu la réhabilitation de cette formation, ont émergé des enjeux corporatistes au cœur desquels la féminisation de la profession s'est révélée occuper une place que seule l'histoire pouvait permettre d'en saisir les fondements et la portée.

Ce détour historique nous a également conduits à rappeler les étapes qui ont marqué le processus de médicalisation du corps féminin et à prendre conscience des raisons pour lesquelles il n'a pas rencontré en France une critique et une opposition aussi marquée qu'outre-Atlantique. Les intérêts des médecins rencontrant, à des moments de l'histoire, ceux des femmes. L'engagement de gynécologues aux côtés des femmes dans le combat pour la légalisation de la contraception et de l'avortement a largement contribué au fait que les femmes les considèrent plutôt comme des alliés potentiels que comme des ennemis. La féminisation de la gynécologie médicale a sans nul doute renforcé cette idée puisqu'elle laissait entrevoir une meilleure réceptivité des besoins et des attentes féminines.

Pourtant, en faisant l'analyse des raisons qui ont conduit les femmes à se spécialiser en gynécologie médicale ainsi que celle du rôle du praticien tel que nous l'ont présenté nos interlocutrices, le chercheur est fortement incité à poursuivre son investigation sur cette question. Les gynécologues femmes se disent plus compétentes que leurs confrères masculins pour avoir fait l'expérience non seulement des étapes physiologiques du corps féminin mais aussi celle de la socialisation féminine. Le fait d'être une femme retire d'après elles toute ambiguïté ou connotation sexuelle à l'examen gynécologique ce qui permet aux patientes de se sentir plus à l'aise et de pouvoir en toute confiance aborder les problèmes de sexualité. Si on peut voir dans de telles affirmations la construction d'une rhétorique professionnelle ayant pour objectif de défendre un « bastion » aujourd'hui convoité par des hommes dans un contexte de rationalisation du système de soin et de concurrence, il convient de vérifier cette hypothèse par l'observation des pratiques mises en œuvre dans la consultation. Ces affirmations corroborent néanmoins l'idée communément admise selon laquelle les femmes

préfèrent consulter un médecin du même sexe. Pourtant, ainsi que le reconnaissent les gynécologues interrogées, des patientes font le choix de consulter un homme. Il importe d'analyser les raisons qui motivent un tel choix. Mais au regard des données de démographie médicale, les femmes ont-elles réellement la liberté de choisir leur médecin ? Autant de questions auxquelles les chapitres suivant apporteront des réponses.

2^{ème} partie : les cadres et les modalités de l'interaction

Après avoir identifié les acteurs ainsi que les circonstances dans lesquelles ils sont amenés à se rencontrer, il convient à présent « d'entrer en consultation ». Prendre pour cadre d'analyse le modèle dramaturgique proposé par Goffman (1973) pour aborder, d'un point de vue sociologique, la consultation gynécologique ne constitue plus une originalité, des sociologues l'ayant mobilisé bien avant nous (Henslin, 1971 ; Emerson, 1972). Considérer la consultation comme une pièce de théâtre s'avère, en effet, opératoire car cela implique de repérer les différents actes qui composent la pièce et d'identifier le rôle et le jeu des acteurs. Le choix d'inscrire notre démarche dans une voie déjà bien tracée procède du constat quant au caractère opératoire de ce modèle mais aussi de la volonté de dépasser les limites de l'utilisation qui en a été faite jusqu'à présent puis d'approfondir l'analyse. Le « décor » de la pièce n'a jamais retenu l'attention des sociologues alors même qu'il a pour fonction « *d'établir et de fixer la définition de la situation* » (Goffman, *op. cit.* : 29). En outre, « *le décor désigne les éléments de l'appareillage symbolique utilisé habituellement par l'acteur durant sa représentation* » (Goffman, *op. cit.* : 30). Par « décor », nous entendons comme Goffman, « *le mobilier, la décoration, la disposition des objets et d'autres éléments de second plan constituant la toile de fond et les accessoires des actes humains qui se déroulent dans cet endroit* » (*op. cit.* : 29). Notre propos sera donc de considérer l'ensemble des éléments qui constituent le cadre spatial de la consultation afin de mesurer son impact sur l'interaction et de vérifier s'il donne, dans ce contexte, « *un sentiment de sécurité* » (Goffman, *op. cit.* : 95) aux acteurs.

Le temps global sur lequel se déroule la pièce mérite que l'on s'y arrête aussi quelques instants. Cette question du temps, également ignorée, est d'autant plus pertinente qu'elle s'accompagne d'une représentation, véhiculée par le discours professionnel, selon laquelle la consultation gynécologique s'apparente à un espace de parole privilégié requérant de la part du médecin une disponibilité plus importante que pour toute autre consultation médicale. Il conviendra de tester cette rhétorique professionnelle, repérée dans les discours et la littérature médicale, en la mettant en perspective avec nos matériaux issus de l'observation des pratiques.

Parmi les actes de la pièce, autrement appelés « séquences » dans la littérature sociologique (Cosnier, 1993), l'examen gynécologique proprement dit est, avec le déshabillage qui le précède, l'unique séquence à laquelle se sont consacrées les études sur la consultation gynécologique parce qu'elle expose au regard et à l'examen les parties sexuelles du corps de la patiente, de surcroît dans une position relevant aussi du registre de la sexualité. Cela a pour conséquences d'entraîner une gêne importante pour les acteurs, le risque majeur étant, pour l'un comme pour l'autre, de quitter leur rôle en glissant du cadre médical au cadre sexuel. S'attarder à nouveau sur cette séquence, en bouleversant l'ordre chronologique de son apparition dans la pièce, est pertinent à plusieurs titres. Les études précédemment citées ont repéré des moyens mis en œuvre, pour permettre aux acteurs de maintenir leur rôle, propres aux modalités selon lesquelles se déroule la consultation gynécologique nord-américaine qui s'avèrent être, dans le contexte français, très différentes. L'analyse, que nous en avons faite, a, par ailleurs, révélé que ce qui se jouait aux autres moments de la consultation avait partie liée avec ces deux séquences (déshabillage et examen) et que comprendre le jeu des acteurs dans l'ensemble de la pièce ne pouvait se faire qu'à la lumière des modalités d'interaction en œuvre lors du déshabillage et de l'examen.

Mais avant « d'entrer en consultation », une étape préalable et incontournable doit être franchie : celle de la prise de rendez-vous précédée du choix, par la patiente, d'un lieu puis d'un gynécologue. Quels sont les critères définis pour guider ce choix ? Quelles sont les ressources mobilisées pour s'orienter vers un lieu plutôt qu'un autre ? Au regard des données de démographie médicale, que nous avons rapportées plus haut, comment les femmes parviennent-elles à obtenir un premier rendez-vous, ou en d'autres termes, qu'advient-il des critères préalablement définis dans un contexte d'offre de soins faible et géographiquement inégalement réparti ? Apporter des réponses à ces questions, tel est l'objet de la première partie du chapitre suivant.

Chapitre 4 : Les cadres de la consultation

4.1 Le choix du lieu de consultation

En amont de la consultation se situe une étape incontournable qui consiste à prendre rendez-vous. Loin d'être banale et simple, y compris parfois pour des femmes inscrites dans un suivi régulier, cette prise de rendez-vous se caractérise par un processus de recherche au cours duquel les femmes vont activer conjointement des logiques variées, variables et hiérarchisées. La définition de critères objectifs, tels que le coût de la consultation ou la proximité géographique, et plus subjectifs, comme la qualité de la relation, prend appui sur la mobilisation de ressources aussi diverses que des personnes faisant figure d'expert, des expériences directes ou indirectes ou des représentations. Néanmoins, ces logiques se heurtent à des contraintes inhérentes à l'état de l'offre de soins ou relatives à l'organisation structurelle de certains lieux de consultation. C'est en croisant les données issues des questionnaires avec celles obtenues en entretiens que se sont révélées ces différentes logiques. Cela nous a permis également de saisir l'importance pour les femmes de reconstruire *a posteriori* leur trajectoire et de la présenter comme relevant d'un choix personnel. Car plutôt que de choisir, il s'agit pour la plupart des femmes de « trouver » un médecin en acceptant de bouleverser l'ordre de ses priorités.

4.1.1 Proximité géographique et coût de la consultation

Le coût de la consultation n'est jamais présenté en entretien ni dans les questionnaires comme étant un critère déterminant du choix. Pourtant, l'orientation vers un lieu de consultation plutôt qu'un autre repose, dans certains cas, sur le prix à payer. Réduit au ticket modérateur en centre hospitalier, gratuit en PMI, le prix de la consultation est généralement élevé en cabinet libéral, avec des dépassements d'honoraires. Généralement autour de 45 euros, le coût d'une consultation peut dans certains cas s'élever à 100 euros voire plus. Ainsi les personnes sans ressources ou aux revenus modestes s'orienteront systématiquement vers les centres de PMI,

comme c'est le cas notamment de beaucoup de jeunes filles⁵⁸, ou vers les centres hospitaliers. Ce critère qui relève le plus souvent de la contrainte, peut néanmoins faire l'objet d'un choix. En effet, la clientèle des centres hospitaliers où nous avons effectué notre terrain était majoritairement constitué de femmes issues des classes moyenne et supérieure⁵⁹. Le prix de la consultation est alors un argument moins légitime et/ou dicible et, de ce fait, n'est jamais mis en avant. Pourtant au cours de l'entretien le caractère déterminant de ce critère peut se révéler :

« Finalement je pourrais consulter dans un cabinet, j'ai les moyens mais pourquoi payer plus cher quand on peut l'éviter » (Jacqueline, 55 ans)

La proximité du lieu de consultation avec le lieu d'habitation ou lieu de travail est de loin le critère présenté comme étant déterminant.

« C'est déjà pas évident de coïncider un rendez-vous chez le gynéco alors il ne faut pas avoir à faire des kilomètres », (Josette, 50 ans).

Mis en avant par la majorité des femmes interrogées, il correspond cependant très peu à la réalité des situations.

En effet, sur le nombre de femmes interrogées peu d'entre elles résidaient ou travaillaient à proximité du lieu de consultation. Au cours des consultations observées, des patientes commentaient les difficultés de transport rencontrées : *« je suis un peu en retard [...] j'habite pas tout près vous savez et avec les problèmes de circulation »*, certaines venant spécialement de province comme cette patiente : *« Depuis que je suis à la retraite j'habite en province [...] mais je continue toujours à venir ici »*. Les déménagements entraînent inévitablement la remise en cause de ce critère de proximité. Il appartient aux femmes de partir à la recherche d'un gynécologue proche de leur nouvelle résidence ou de rester fidèle en surmontant les difficultés liées à la distance. Au regard des contraintes consécutives à l'état de l'offre,

⁵⁸Nous verrons plus loin que le coût n'est cependant pas le seul critère déterminant.

⁵⁹ Une étude de la DRESS montre que les usagères des consultations externes de gynécologie en centres hospitaliers « sont majoritairement diplômées de l'enseignement supérieur et appartiennent à des catégories professionnelles favorisées (professions scientifiques, cadres, enseignants et autres professions intellectuelles supérieures) » in *Qui sont les patients des consultations externes hospitalières*, Etudes et résultats, n°167, avril 2002, p5.

beaucoup font le choix de ne pas changer de gynécologue dans la mesure où il leur est financièrement possible d'assumer les coûts de transport afférents.

Au delà de ces critères objectifs plus ou moins contraignants ou contraints, les femmes vont mobiliser un ensemble de ressources pour s'orienter vers tel ou tel médecin.

4.1.2 Recommandation, réputation et représentations

La « réputation » ou la « recommandation » sont les termes utilisés pour désigner le recours à l'expertise profane ou professionnelle d'un tiers. L'avis du médecin généraliste peut être considéré comme dans le cas de Yvette « *c'est mon généraliste qui me l'a recommandé* ». Dans le contexte d'un déménagement, la femme mobilisera l'avis de son gynécologue et à travers lui son réseau d'interconnaissance professionnelle comme l'explique Jacqueline :

« C'est mon gynécologue de province qui m'a dit je connais un tel, c'est un ami de ma promo et il travaille dans tel endroit. Vous irez le voir de ma part ».

La confiance accordée au médecin « expert » sera alors transférée sur le professionnel désigné ou conseillé. D'autres patientes disent avoir eu recours à cette expertise professionnelle en s'adressant à une ou un ami appartenant au corps médical. Natacha (45 ans) explique : « *j'ai une amie qui est médecin conseil à la sécu, c'est elle qui m'a recommandé cette gynécologue* ».

D'autres encore s'en remettent à l'avis d'une ou plusieurs amies. L'expérience de celles-ci est alors convoquée comme l'illustrent les propos de Pascale (35 ans) :

« Quand j'ai eu besoin d'une gynéco je ne savais pas où aller alors j'ai demandé à une amie qui m'avait parlé de sa gynéco et qui en était contente ».

L'expérience personnelle est à l'origine du choix de l'hôpital comme lieu de consultation dans 16% des réponses apportées dans le questionnaire. Ainsi, 12% des femmes interrogées consultent à l'hôpital pour y avoir accouché et 4% pour y avoir été opérées.

Les représentations

Les représentations relatives au lieu de consultation constituent autant de ressources mobilisées pour orienter son choix. Dans la majorité des cas ces représentations mettent en opposition l'hôpital et le cabinet libéral. Les critères retenus vont néanmoins être variables en fonction des femmes. Les différences supposées et avancées vont porter soit sur le niveau de compétence, soit sur la qualité relationnelle soit sur les fonctions attribuées à la structure. Sylvie (27 ans) explique :

« Il ne me serait jamais venu à l'idée de consulter à l'hôpital. D'abord je ne savais pas que cela était possible avant qu'une amie m'a dit qu'elle consultait à l'hôpital. Pour moi, l'hôpital on y va quand on est vraiment malade ou pour une urgence mais pas pour une prescription de pilule ».

Pour sa première consultation, elle a donc spontanément orienté sa recherche vers les cabinets libéraux. Le niveau de compétence est pour Claudine (50 ans) garanti à l'hôpital parce que les gynécologues y « *suivent des formations régulièrement donc à l'hôpital vous avez la sécurité du diagnostic* ». L'opposition hôpital/cabinet libéral repose régulièrement dans les discours des personnes interrogées sur une représentation de la qualité relationnelle supposée avec le médecin. Aux consultations « froides » et « à la chaîne » de l'hôpital sont préférées les consultations du cabinet libéral plus « intimes ». Néanmoins, les consultations « techniques » ne sont pas le fait des consultations hospitalières, des consultations en cabinet libéral ont également été qualifiées ainsi par des femmes interrogées, comme Camille (48 ans) qui consulte en cabinet libéral : *avec ma gynéco [...] c'est uniquement technique*.

4.1.3 Un ou une gynécologue

Il est communément admis qu'une femme préfère s'adresser à une autre femme parce qu'une femme « *comprend mieux les problèmes féminins* », parce qu'une femme « *se sent plus à l'aise avec une autre femme pour se dénuder et parler* ». Également véhiculées par la presse, ces représentations orientent très souvent les questions qui me sont posées lorsque je présente mon travail. La récurrence avec laquelle elles s'imposent justifie à elle seule le fait d'y accorder une attention particulière en même temps qu'elle souligne la difficulté à s'y

soustraire. Si les femmes interrogées laissent pour certaines entendre que leur choix pour l'un ou l'autre sexe s'appuie sur des expériences vécues, le recours aux stéréotypes de genre pour les décrire ou les rapporter induit l'idée d'une interprétation *a posteriori*. Si je ne voulais voir au départ de cette recherche que l'interaction entre une patiente et un médecin, force était de constater que le médecin ne pouvait être détaché de sa catégorie de genre. Si l'identité sexuelle du gynécologue est une variable transversale dont l'impact sera systématiquement mesuré au cours de ce travail, il convient ici de saisir dans quelle mesure elle intervient dans le choix du médecin.

De l'analyse des réponses obtenues par questionnaires, il apparaît que 52% des femmes interrogées préfèrent consulter une femme, 18% un homme et 30% affirment ne pas avoir de préférence. Si les 18% de femmes ayant une préférence pour un homme consultent effectivement un gynécologue, parmi les 52% de femmes préférant consulter une femme, 7,4% sont suivies par un gynécologue masculin. Par ailleurs, 60% des femmes disant ne pas avoir de préférence consultent un homme et 40% d'entre elles une femme. Si l'on considère le taux de féminisation de la profession, ces données ne présentent aucune surprise. De plus, ils confirment à première vue l'idée communément supposée que les femmes ont une nette préférence pour les médecins féminins.

Cependant, les motivations avancées pour justifier les préférences viennent nuancer ce premier constat. Chaque fois que les femmes font référence à leur consultation du moment considérée comme satisfaisante, les critères présentés sont identiques, que le gynécologue soit homme ou femme. Elles soulignent alors le respect, la liberté de parole en insistant sur le fait de se sentir plus à l'aise⁶⁰ avec un homme qu'avec une femme ou le contraire. Néanmoins, des différences apparaissent. Alors que les femmes puisent majoritairement dans le registre des représentations pour exprimer leur préférence pour une femme, le choix de consulter un homme ou de ne pas consulter une femme est motivé par des éléments tirés de l'expérience et réinterprétés à partir de représentations. Ainsi, lorsque les femmes sont satisfaites de leur consultation avec leur gynécologue féminin⁶¹, l'homologie de genre est présentée comme un atout : « *une gynécologue comprend mieux les femmes parce qu'elle est une femme et ressent*

⁶⁰ Sur cette question, les résultats obtenus dans le cadre d'une enquête menée en Bourgogne frappent par la similitude tant des critères que des expressions mobilisés pour les exprimer (C. Morgny, A. Weber, 2004)

⁶¹ Toutes les femmes, interrogées par le biais du questionnaire distribué en salle d'attente, ont affirmé être tout à fait satisfaites de leur gynécologue qu'il soit homme ou femme. On peut néanmoins émettre l'hypothèse que cette satisfaction affichée peut être en partie liée au soupçon qu'elles pouvaient avoir quant au devenir de leurs confidences puisqu'elles m'associaient pour la plus part au personnel hospitalier, ainsi que je l'ai déjà souligné.

les mêmes choses »⁶². En revanche, cette homologation de genre est remise en cause lorsque la gynécologue ne semble pas s'être conformée dans son attitude et/ou sa pratique aux stéréotypes participant à la définition de son genre. Ainsi, les patientes regrettent de ne pas retrouver chez la femme médecin empathie, douceur et disponibilité pour recevoir la confiance, autant de qualités dites « féminines », et ce, lorsqu'elles leur reprochent d'être « *uniquement techniques* », compétence caractérisée du genre masculin (Fortino, 2003). Le recours aux stéréotypes de genre pour décrire ou rapporter ces expériences hypothèque, me semble-t-il, l'idée d'une interprétation *a posteriori*. Par ailleurs, tout comme les chirurgiennes doivent adopter un comportement approprié à leur genre afin d'asseoir leur légitimité et obtenir le respect et la reconnaissance de leurs collègues (Cassel, 2001), il apparaît que les gynécologues doivent eux aussi se conformer au « juste comportement de genre » (*op. cit.* : 65) attendu par les patientes et fabriqué à partir des stéréotypes de genre. En témoignent les commentaires sur la faculté des hommes à aborder plus naturellement la sexualité. Camille (48 ans) l'explique en ces termes :

« J'ai appris plus de choses sur mon corps et la sexualité avec un gynécologue masculin [...] Il abordait les choses très simplement et de manière très ouverte. Avec les gynéco femmes c'est uniquement technique ».

Ce n'est qu'en comparaison avec cette faculté masculine que des regrets ont pu être parfois formulés à l'encontre des femmes gynécologues qui n'abordent pas la sexualité. Mais cela n'apparaît jamais comme un reproche de première instance. Qu'une gynécologue ne parle pas de sexualité serait dans l'ordre des choses. Qu'un gynécologue masculin engage un échange sur un tel sujet serait également conforme à son genre, alors même que les risques d'un glissement du registre médical au registre sexuel sont beaucoup plus forts lorsque le médecin est un homme.

Par ailleurs, le rapport d'autorité et de supériorité des femmes gynécologues est contesté en ces termes :

« Les hommes sont plus agréables car ils n'ont pas cet air de supériorité qu'ont souvent les femmes »

⁶² réponse apportée dans les questionnaires par 12 patientes.

« Il y a plus de respect de la femme lorsque c'est un homme qui examine la patiente »⁶³.

Ne faut-il pas voir ici la difficulté des femmes à être en situation d'infériorité vis-à-vis d'une autre femme. Cela a été démontré dans le cadre de la relation hiérarchique au travail notamment à travers l'étude de Cassel (*op. cit.*) qui montre que les infirmières rechignent à recevoir des ordres de la part des chirurgiennes. S'il ne s'agit pas dans le cas de la consultation d'un rapport hiérarchique de travail, la relation patient/médecin n'en reste pas moins caractérisée par une différence de statut, celui du médecin étant supérieur à celui de sa patiente, autorisant de ce fait la comparaison. D'autant plus que la supériorité des hommes est rarement contestée lorsqu'elle n'est pas renforcée.

Néanmoins, l'ensemble de ces arguments en faveur de l'un ou l'autre genre participent largement de la justification du genre du médecin effectivement consulté comme relevant d'un choix personnel. Or, au regard des difficultés rencontrées pour obtenir un rendez-vous ainsi que de la prévalence de critères tels que la situation géographique ou la réputation, l'identité sexuelle du gynécologue relève plus de ce qu'il est plus pertinent de qualifier de non choix. La trajectoire de Jacqueline est de ce point de vue tout à fait éclairant. Si elle construit son récit autour de choix qu'elle s'applique à justifier, elle conclue pourtant sur le caractère circonstanciel de son parcours en ces termes :

« Je n'ai jamais vraiment choisi »

Pour la première fois, je me suis trouvé un gynécologue que je connaissais parce que j'étais secrétaire médicale. J'avais tout bonnement choisi le chef de service. Il était très sympathique [...] Il n'y avait pas beaucoup de femmes en gynécologie à l'époque. C'était des hommes et je suis tombée sur des hommes assez brutaux quand même hein. Des gratouilles comme ils disaient. Ça c'était se fiche du monde et je n'ai pas accepté. Je me suis dit maintenant, je chercherai des femmes en gynécologie, voilà ! Il y avait des gestes dans l'examen un peu brutaux, irrespectueux presque. Manque de délicatesse ! C'est pour ça, je me suis dit maintenant on a la chance d'avoir des gynécologues femmes, il faut en profiter. Alors maintenant, j'ai le Dr J. (gynécologue féminin). Elle a un doigté super. Lors de sa dernière grossesse, j'ai eu une remplaçante. Elle était vraiment

⁶³ Réponses apportées dans le questionnaire.

brusque. La différence, on la voit tout de suite. Il y a des personnes plus adroites que d'autres [...]
Finalement c'est une question de personnalité du médecin. Mais bon, je n'ai jamais vraiment choisi, ça c'est trouvé comme ça. J'ai déménagé pas mal de fois et à chaque fois on m'a recommandé un médecin. Ce qui compte c'est de savoir que si j'ai un problème d'hémorragie ou autre en urgence, je serai tout de suite prise en consultation. Donc je suis satisfaite. (Jacqueline)

Toutefois, il faut préciser que le genre du gynécologue peut dans certains cas constituer la seule variable déterminante. En effet, parmi les femmes interrogées, Ingrid (30 ans) a affirmé qu'il était impensable pour elle de laisser examiner et toucher les parties intimes de son corps par un homme sans pour autant pouvoir l'expliquer : « *c'est comme ça !* » Néanmoins, même si cet impensable n'a été mentionné qu'une seule fois de manière aussi catégorique, il a plus souvent été évoqué comme un allant de soi implicite.

Si le choix d'une ou d'un gynécologue s'inscrit dans des logiques variées, il reste le plus souvent assujéti aux conditions économiques des femmes ainsi qu'aux contraintes relatives au contexte démographique de la profession.

4.1.4 Prendre rendez-vous

L'offre de soins en gynécologie médicale est aujourd'hui caractérisée par une baisse constante du nombre de gynécologues ainsi que par une répartition géographique inégale. Dans certaines régions et plus particulièrement en milieu rural, les femmes n'ont pas d'autre choix que de s'adresser à un médecin généraliste pour leur suivi gynécologique. Ailleurs, là où les gynécologues sont le plus représentés, leur nombre reste insuffisant pour pouvoir répondre à la demande. En conséquence, il est de plus en plus difficile d'obtenir un rendez-vous. Les délais actuels pour une première consultation varient entre trois mois et six mois voire au delà dans certains cas. De plus en plus aussi, des gynécologues libéraux refusent systématiquement toute nouvelle patiente en raison de plannings très chargés comme l'explique le Dr J. :

« Je suis au cabinet de 08H00 le matin jusqu'à 20H00 tous les jours de la semaine y compris le samedi. Je ne vois pas comment je pourrais accueillir d'autres patientes. Je suis obligée de refuser ».

Confrontée à ce problème, Amélie (27 ans) nous dit avoir effectué « *un vrai parcours du combattant* » en s'adressant à une dizaine de gynécologues pour obtenir un premier rendez-vous. Les patientes inscrites dans un suivi régulier auprès d'un médecin fixent un nouveau rendez-vous à chacune de leur consultation afin de s'assurer d'obtenir le renouvellement de leur contraceptif ou autre traitement à temps, sauf à jongler entre pharmaciens et généralistes entre temps « *mais c'est galère !* » (Sylvie, 29 ans).

Ces réalités viennent souvent contredire les critères de choix définis par les femmes, d'autant plus si un rendez-vous doit être obtenu dans l'urgence d'une pathologie soupçonnée par l'irruption de symptômes (démangeaisons, pertes malodorantes, douleurs,...) ou d'angoisses relatives aux risques encourus lors d'un rapport sexuel non protégé (grossesse non désirée, MIST⁶⁴,...).

La barrière de la secrétaire médicale

Le choix d'un gynécologue particulier dans un service hospitalier peut être contraint d'une autre manière encore. En effet, à l'hôpital, la prise de rendez-vous est assurée par une ou plusieurs secrétaires médicales qui représentent de véritables charnières entre les médecins et les patientes (Vassy, 1998). Les témoignages obtenus en entretiens ainsi que les discussions informelles tenues avec les secrétaires révèlent que loin d'être neutre, leur travail peut jouer un rôle déterminant dans l'orientation des patientes vers tel ou tel médecin. La qualité du contact qu'elles établissent avec les gynécologues du service d'une part, et avec les patientes d'autre part, est un critère dont pourra dépendre l'attribution ou non du rendez-vous souhaité. Ainsi, une patiente très grossière n'obtient généralement pas de premier rendez-vous, une autre, désagréable, est orientée vers un gynécologue mal considéré, les patientes jugées « bizarres » sont attribuées à la consultation du gynécologue « un peu spécial » tandis que les patientes aimables obtiennent leur faveur soit pour leur accorder le rendez-vous demandé, soit pour les diriger vers le médecin jouissant du plus haut degré de leur estime. En témoignent les commentaires ou remarques des gynécologues. Le Dr H., peu appréciée des secrétaires, confiait, en ces termes, son étonnement à ne traiter que des ménopauses :

⁶⁴ Maladie Infectieuse Sexuellement Transmissible

« Vous avez vu, je n'ai que des ménopauses ! Je ne suis pourtant pas plus qualifiée pour ça. Peut-être que c'est dû à mon âge ! (rires) Quand je suis arrivée ici, j'avais de tout. Puis, du jour au lendemain je me suis retrouvée avec des problèmes de stérilité et voilà que maintenant on me colle des ménopauses et pas n'importe lesquelles. Ah elles sont gratinées ! C'est étrange, non ? »

Le traitement de la ménopause pourrait à travers cet exemple apparaître comme un élément à la fois dévalorisé par les secrétaires médicales et dévalorisantes pour le médecin. Néanmoins, aux colères du Dr H. s'adjoint la satisfaction du Dr G., jouissant auprès du secrétariat d'une réputation particulièrement flatteuse :

« On n'a pas beaucoup de ménopause aujourd'hui alors qu'en général j'en ai beaucoup. En fait on les oriente beaucoup vers moi et le Dr H. parce que c'est une question d'expérience, de personnalité ».

En entretien, Estelle (39 ans) mentionne la difficulté d'obtenir un rendez-vous de la façon suivante :

« [...] bon des fois, c'est pas toujours facile d'avoir rendez-vous avec ma gynéco parce que les secrétaires elles sont pas toujours ... je les connais quand même depuis le temps eh puis j'ai accouché deux fois là-bas une fois il y en a une qu'a pas voulu me donner de rendez-vous avec ma gynéco et m'en a donné un avec un autre gynéco. Lorsque j'y suis allée, je suis allée dire bonjour à celles que je connaissais [...] elles m'ont demandé ce que je faisais là [...] et puis je leur ai raconté mon histoire de rendez-vous et elles m'ont dit que le nouveau gynéco était bien mais que la prochaine fois fallait que je m'adresse à elles. Comme si c'était facile !! [...] »

Cet épisode, qui montre bien le rôle que peut jouer la secrétaire, a particulièrement marqué Estelle parce qu'elle s'est retrouvée contrainte de consulter avec un gynécologue qu'elle ne connaissait pas, qui plus est, un homme, alors que son médecin habituel est une femme.

La liberté du choix du lieu de consultation et d'un ou une gynécologue est donc toute relative. L'ensemble des constats présentés ici conduisent à l'hypothèse selon laquelle les femmes seraient dans une large mesure dans une relation plus souvent imposée que choisie, et questionnent non seulement le degré de confiance que les femmes peuvent alors accorder à

leur médecin mais aussi et, plus fortement encore, leur capacité à exposer à celui-ci leur corps et leur intimité.

4.2 Le cadre spatial

Les représentations catégorielles opposant l'hôpital « froid » au cabinet « plus intime » peuvent, comme nous venons de le voir, orienter les femmes vers l'une ou l'autre de ces structures. Néanmoins, la variabilité architecturale et organisationnelle ainsi que la diversité des aménagements intérieurs viennent souvent remettre en cause ces représentations ou, pour le moins, les nuancer. En effet, la structuration de l'espace, la géographie du service de gynécologie dans l'hôpital ou encore la mise en scène élaborée par le médecin libéral dans l'installation de son cabinet sont, pour les usagers, autant d'informations qui donnent à voir l'organisation sociale et culturelle (Vaysse, 1993), les positions d'ordre idéologique (Cosnier, 1993) ainsi que les relations patientes/gynécologue. Si le cadre spatial peut, dans certains cas, entraîner un sentiment de malaise au point de conduire la patiente à changer de lieu de consultation, il est souvent considéré comme secondaire. En effet, non seulement la réputation du lieu ou du médecin permet souvent de dépasser le cadre en question, mais en outre, les difficultés liées à l'obtention d'un premier rendez-vous ou encore les contraintes financières participent au maintien des patientes dans des lieux dans lesquels pourtant elles ne se sentent pas forcément à l'aise.

4.2.1 De la diversité des centres hospitaliers

Le paysage hospitalier actuel porte encore les marques de ses évolutions successives. La configuration architecturale de l'hôpital est étroitement liée à l'époque de sa construction. En effet, l'espace hospitalier a subi de nombreuses modifications dans le temps en fonction des connaissances et des préoccupations de l'époque. S'il est une structure close au moyen-âge (Hotel-Dieu), l'hôpital-cloître fait son apparition aux XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles avec des salles communes donnant sur un jardin. Alors que dans un premier temps la construction de bâtiments de petites tailles sur un vaste espace est la solution d'abord adoptée pour la maîtrise des risques de contamination par le transport des germes révélés par les découvertes pasteuriennes, l'hôpital monobloc s'impose ensuite très rapidement grâce aux progrès

scientifiques (Foucart, 1981 ; Duval, 1981). Quelle que soit sa configuration, le centre hospitalier peut impressionner par sa taille et entraîner quelques difficultés d'orientation. L'individu peut tout à la fois ressentir le pouvoir de l'institution et se sentir en position d'infériorité devant l'imposante bâtisse, se trouver désorienté et perdre ses repères.

Les deux centres hospitaliers où les observations ont été réalisées appartiennent à deux générations architecturales différentes : le premier, construit à la fin du XIX^{ème} siècle, est composé de plusieurs bâtiments de taille moyenne alors que le second est de construction récente de type monobloc. L'accès au service de gynécologie de l'hôpital A est rapide et simple grâce à l'importante signalisation mise en place. Il en est tout autrement à l'hôpital B où l'absence de repères entraîne très souvent l'égarement des usagers.

Accès au service de gynécologie de l'hôpital B

Le bâtiment de type monobloc s'inscrit dans le style architectural contemporain et très répandu où verre et acier se côtoient pour offrir un espace aérien et lumineux. A l'intérieur, sous une immense verrière en plan incliné, une entrée très vaste accueille les visiteurs à la manière d'un hall de gare ou d'aéroport où deux portes d'entrée permettent plusieurs axes de circulation. Un grand panneau mural situé en hauteur informe de la répartition des différents services tout comme les tableaux d'affichage renseignent sur les trains en partance dans une gare. Le visiteur informé disparaît alors derrière une porte d'acier qui ouvre sur un espace vitré où se situent quatre ascenseurs. La consultation gynécologique est au troisième étage. En sortant de l'ascenseur, sans plus aucune indication, l'usager est alors invité à se perdre soit par une porte à gauche soit par une porte à droite. Dans les deux cas il se retrouve dans un couloir sombre fermé d'une porte coupe feu que l'on doit franchir pour arriver dans un autre couloir éclairé aux deux extrémités par une fenêtre. Si par erreur il a opté pour la porte gauche à la sortie de l'ascenseur, le visiteur se retrouve alors dans le service des hospitalisations. Si son instinct l'a orienté sur le bon itinéraire (la porte de droite), le couloir éclairé offre à gauche une enfilade de portes, à droite, après quelques portes, un espace où l'on aperçoit des fauteuils en tissus. En s'approchant on comprend que l'on est enfin arrivé au bon endroit : deux secrétaires installés derrière des bureaux accueillent les patientes.

Très souvent les patientes arrivent avec retard à leur rendez-vous pour s'être perdues dans les locaux. Quelques unes se contentent de présenter leurs excuses, d'autres expriment leur mécontentement aussi bien aux secrétaires qu'aux médecins. En entretien, elles mentionnent

ces désagréments pour rapidement les nuancer comme Elisabeth : « *mais bon c'est secondaire. On vient pas pour ça mais parce qu'on a confiance dans le médecin !* »

La géographie des services

Si « *la géographie d'un service est le reflet de l'organisation sociale et culturelle de l'institution* » (Vaysse, *op. cit.* : 202), elle renvoie aussi des implicites qui interpellent les patients.

Une des fonctions principales de l'institution est rappelée au visiteur égaré de l'hôpital B : l'hospitalisation. La proximité des deux services (hospitalisation/consultation externe) évoque également le basculement potentiel de l'un à l'autre, comme ce fut le cas d'une patiente venue pour un examen de contrôle et qui a finalement été hospitalisée dans le service de l'étage. A l'hôpital A, le message implicite véhiculé par l'organisation du service s'inscrit dans un autre registre.

Les consultations de gynécologie sont en effet dispensées dans le bâtiment de la maternité. Les consultations externes de suivi des grossesses et de gynécologie sont au premier étage. Regrouper maternité et gynécologie est une manière de poser implicitement la reproduction comme enjeu premier de la gynécologie. De fait, même si l'organisation spatiale isole au sein du premier étage la gynécologie de l'obstétrique, les femmes consultant en gynécologie sont inévitablement amenées à croiser des femmes enceintes. Les propos de Pascale (35 ans) soulignent combien cette proximité peut être vécue comme une forme d'injonction implicite à la maternité :

« Même si ma gynéco ne fait pas d'incitation à la maternité, le fait d'être entourée de femmes enceintes c'est une autre forme d'injonction qui est particulièrement pesante quand on n'a pas d'enfant ni l'intention d'en avoir. »

4.2.2 L'entretien des locaux

L'aspect aussi bien extérieur qu'intérieur des locaux fonctionne comme un élément d'information sur le degré de considération accordé aux patients. Être accueilli dans un espace bien entretenu est considéré comme une forme de respect par les patients qui n'hésitent pas à faire part de leur impression aux médecins :

« Les patients disent toute la différence que ça fait d’être reçus dans un beau centre alors que jusqu’à présent ils avaient l’impression d’être traités comme des pestiférés. »
(Gynécologue d’une nouvelle unité Sida).

Ce sentiment est également partagé par les patientes du centre de PMI dans lequel il nous a été impossible d’observer les consultations.

La vétusté d’un centre de PMI

Avec ses allures de blockhaus, le centre de PMI surprend par son architecture déjà bien marquée par le temps pour ne pas dire dégradée. Après avoir poussé la porte d’entrée, l’impression de vétusté est la même, voire renforcée par l’état des locaux dont les peintures murales écaillées, aux couleurs ternes et sales accusent le poids des années. Plusieurs portes ouvrent sur le hall d’entrée qui, avec quelques chaises en plastique, fait office de salle d’attente. Les consultations gynécologiques ont lieu dans une pièce rectangulaire étroite mais longue, éclairée par une petite fenêtre perchée en haut du mur opposé à la porte d’entrée. La couleur glauque⁶⁵ des murs confère au lieu une atmosphère sinistre qu’accentue l’éclairage blafard du plafonnier.

Les conditions d’entretien avec les patientes de ce centre ne permettaient pas l’expression d’une parole libre. C’est donc par des sous-entendus qu’elles ont souligné leur aversion pour cet endroit : grimaces, soupirs appuyés en parcourant du regard l’espace ou des silences suspendus à des sourires entendus. Alors que nous étions seules, l’une d’entre elles me glissa à voix basse en balayant du regard le hall d’entrée : *« y’a que des immigrées ici, ça se voit, non ? »*. La dégradation des locaux du centre renforce ou rappelle la situation précaire et/ou défavorisées des femmes qui le fréquentent. L’aspect d’un lieu de consultation peut en revanche être relativisé par une expérience antérieure et reléguée au second plan ainsi que l’explique Natacha (45 ans) :

⁶⁵ Au sens premier du terme : vert pâle, verdâtre.

« Son cabinet [celui de la première gynécologue consultée] était grand, sobre, joli. Le cadre était accueillant, bien plus que le centre !!! Elle m'a reçue d'une manière, j'avais l'impression que j'étais indésirable ! [...] Bon, les salle de consultation du centre c'est pas [marque une pause, lève les yeux, hésite, sourit], c'est pas tellement propre, pas tellement rangé mais bon c'est secondaire. »

Ces propos illustrent remarquablement le processus de hiérarchisation des différents aspects de la consultation que les femmes mettent en place inconsciemment. Ils soulèvent aussi la contradiction apparente et inattendue entre le cadre accueillant du cabinet libéral et l'attitude du médecin, contradiction qui ne manque pas de réinterroger les représentations communes conférant au cabinet libéral une dimension « intime » et chaleureuse.

4.2.3 Du caractère chaud du cabinet libéral

Les cabinets de ville offrent une diversité aussi importante qu'il y a de gynécologues libéraux. Des femmes disent en entretien ne pas attacher d'importance à l'aménagement de l'espace comme Evelyne (43 ans) :

« Pour moi ça n'a aucune importance. Il faut que je réfléchisse pour vous dire comment est son cabinet. »

Plus généralement en revanche l'agencement et la décoration des espaces intérieurs sont mobilisés comme source d'information sur ce que sera ou pourrait être la nature de la relation avec le ou la gynécologue. Le discours de Pascale (35 ans) à propos d'un cabinet libéral dans lequel elle s'est rendue sur les conseils d'une amie est à ce point de vue éclairant :

« J'avais l'impression de rentrer dans la maison de quelqu'un et pas du tout dans un cabinet médical. Il y avait des photos d'enfant partout sur les murs [...] il y avait aussi des objets de déco style bibelots vous voyez. C'était très confiné, très chaleureux, je dirais même très enveloppant. Ma première impression a été très mauvaise en fait. Je me suis dit oh là là, elle va être très maternante [...]. »

Au confinement douillet s'oppose le caractère « glacial » de certains cabinets.

Visite chez le Dr L.

Dans un immeuble haussmannien complètement rénové du 5^{ème} arrondissement de Paris, la salle d'attente du cabinet de gynécologie du Dr L. occupe un espace important du lieu dans laquelle les patientes sont immédiatement accueillies après avoir franchies la porte d'entrée. En l'absence d'une secrétaire médicale, l'invitation à patienter est soulignée par une inscription encadrée et affichée sur le mur opposé à la porte d'entrée. Deux grands fauteuils assortis aux deux grands canapés de cuir invitent à s'asseoir dans cette pièce très haute de plafond, offrant moulures et volutes éclairée par deux grandes fenêtres à petits carreaux. Une odeur de cire confirme l'impression d'une attention particulière accordée à l'entretien du parquet. Aux murs blancs sont accrochés les diplômes obtenus par la gynécologue. Ils sont nombreux. Au fond de la pièce, sur la gauche, une porte conduit au bureau du médecin. Un mobilier de style empire habille la pièce, plus petite que la précédente mais néanmoins spacieuse. A nouveau des diplômes agrémentent un des murs du bureau. Une porte face à celle premièrement franchie conduit à la salle d'examen.

« *C'est très chic, très, très chic chez le Dr L., mais c'est super froid* » me confiait Linda (38 ans) une de ses patientes. Pascale va plus loin dans l'explication des impressions ressenties dans un endroit dont la description qu'elle donne rappelle le cabinet décrit dans l'encadré :

« C'était glacial ! Du coup on a l'impression de ne pas être à sa place, de ne pas avoir le bon vêtement, d'être sale. J'avais l'impression d'être chez une femme d'affaire. Mais comment trouver la force de dire je m'en vais parce que j'avais besoin d'être examinée et j'avais eu tellement de mal à avoir un rendez-vous. »

La diversité des aménagements intérieurs a partie liée à l'investissement personnel et affectif de la personne qui le conçoit. « [...] *l'analyse sémiologique de l'installation du cabinet d'un médecin généraliste (disposition du mobilier, décoration, etc.), faite avec le médecin lui même, était révélatrice de symbolisations et d'implicites qui n'étaient ni le fruit du hasard ni la simple conséquence du désir de soigner efficacement, mais symptomatique de positions plus profondes et personnelles d'ordre idéologique et affectif* » (Cosnier, op. cit. : 26). Il apparaît en effet que si les cabinets de consultations sont des espaces destinés à l'accueil des

patientes, ils sont aussi et avant tout peut-être le lieu de travail du gynécologue. C'est donc également dans ce sens qu'en est conçu l'aménagement intérieur⁶⁶.

En témoignent les éléments décoratifs sélectionnés. Au cabinet du Dr B. les dessins et les photos de ses enfants qui agrémentent les murs livrent aux patientes une partie de son intimité. Plus généralement, ce sont des tableaux de style impressionniste comme aux cabinets des Drs J. et C. mais que l'on retrouve également à l'hôpital A. Conférant une atmosphère chaleureuse et accueillante, le caractère impersonnel de ces éléments décoratifs témoigne de la distance professionnelle avec laquelle le médecin s'inscrit dans sa consultation. Les messages préventifs aux supports variés (affiches de formats très divers, plaquettes dépliées) font également partie du panel des possibles en matière de décoration murale, surtout en PMI mais aussi en cabinet de ville. Les médecins font l'objet de nombreuses sollicitations de la part d'organismes désireux d'informer le public. Le conseil de l'ordre rappelait dans son bulletin du 6 juin 2001 les différents articles du code de déontologie qui règlementent les affichages dans les salles d'attente des cabinets de consultations :

« L'article 19 du code de déontologie interdit la pratique commerciale de la médecine et « tout aménagement donnant aux locaux une apparence commerciale ce qui exclut les affiches et autres documents ou matériels à caractère publicitaire ou commercial. [...] Le médecin doit se garder de tout affichage à caractère outrancier ou de tout ce qui pourrait donner à ses locaux un aspect commercial et s'attacher à respecter la liberté de conscience de ses patients. Il doit apprécier avec prudence et discernement, à la lumière du code de déontologie, la justification et la qualité des documents qui lui sont proposés »⁶⁷.

Ainsi, s'il est admis que la salle d'attente des cabinets de consultations puisse se faire le relais de campagne de prévention, de vaccination ou de dépistage, de lutte antitabac etc.(article 12 du code de déontologie), le médecin, par le choix opéré, souligne des aspects sanitaires au sujet duquel les patientes peuvent supposer qu'il sera particulièrement attentif. Dans la salle d'attente du Dr B. les messages affichés concernaient l'hygiène alimentaire avec un tableau sur l'équilibre des repas journaliers, un triptyque sur le cholestérol et les maladies cardiovasculaires ainsi qu'une affiche sur la toilette intime de la femme. Recourir à ces

⁶⁶ Le récit du Dr Rouméas va dans ce sens : « *Finalement je crois que les choix que j'ai faits pour créer l'environnement du cabinet médical sont aussi importants pour moi que pour les femmes. Puisque je m'y sens bien, je suis plus détendue et plus à l'écoute* » (Rouméas, 2006 : 67).

⁶⁷ Bulletin du conseil national de l'ordre des médecins, n°6, juin 2001.

affiches est aussi un moyen très économique de décorer les murs puisqu'elles sont distribuées par les laboratoires pharmaceutiques.

Les salles de consultation sont de taille variable et présentent deux types de configuration. Dans le cadre de l'hôpital, cette diversité au sein d'un même service est une manière d'inscrire matériellement et de rappeler la hiérarchisation du personnel. Dans les deux centres investigués la plus grande salle est toujours réservée au chef de service. A l'hôpital A où l'attribution des salles est nominative, les positions hiérarchiques sont particulièrement visibles. En effet, la pièce réservée au chef de service est très spacieuse, lumineuse et aménagée avec raffinement (mobilier en bois, fauteuil en cuir pour le médecin). Deux autres salles présentent les mêmes configurations dans des dimensions plus réduites (le fauteuil en cuir est remplacé par une chaise dont l'assise est en tissu). La quatrième salle contraste à la fois par sa taille réellement plus petite et par son mobilier. Pièce rectangulaire très étroite, le bureau fait face à la porte d'entrée et la table d'examen est placée à l'extrémité droite de ce rectangle aveugle. L'attribution de cette salle au Dr I. révèle en même temps qu'elle témoigne des logiques institutionnelles de hiérarchisation. En effet, le Dr I. a un parcours relativement atypique. Gynécologue d'origine russe arrivée en France en 1988, elle a obtenu du chef de service la promesse de pouvoir exercer à l'hôpital A alors qu'elle effectuait son externat.

« Cette proposition tombait juste au moment où je m'étais engagée sur l'internat. Alors il m'a dit ce n'est pas grave, faites votre internat et revenez après. Et c'est ce qu'il a fait, il a tenu parole. J'ai eu mon examen en 1992 et depuis dix ans je travaille dans ce service. »

Au cours de l'entretien, elle soulignera ponctuellement sa reconnaissance envers le Pr F. particulièrement ostensible dans les interactions qu'elle avait avec lui et qu'il m'a été données d'observer. Ainsi, lorsque le chef de service me présentait à l'ensemble de son personnel, je constatais que non seulement il lui imposait ma présence mais aussi qu'il la tutoyait alors qu'elle s'adressait à lui en recourant au vouvoiement et en l'appelant Monsieur. Soulignons que le poids de la hiérarchie est plus ou moins important selon la personnalité du chef de service (Dagnaud, Mehl, 1987).

En cabinet libéral, la variabilité des salles de consultation est manifeste et témoigne de l'investissement financier engagé par le médecin pour son installation. Deux types de configuration les distinguent plus particulièrement. En effet, certaines peuvent être constituées d'une seule pièce alors que d'autres offrent une séparation distincte entre le lieu où est

pratiqué l'examen et celui où est reçue la patiente. Dans ce deuxième cas de figure, les temporalités de la consultation sont marquées par les déplacements vers l'une ou l'autre de ces deux pièces contiguës. Cette configuration est particulièrement appréciée des femmes parce qu'elle permet l'isolement de l'examen du reste de la consultation. C'est d'ailleurs l'explication avancée par les gynécologues qui ont opté pour cet aménagement ainsi qu'en témoigne le récit du Dr Rouméas :

« Mon lieu de consultation comporte deux pièces : le bureau et la salle d'examen. [...] C'est important pour moi d'avoir deux pièces distinctes. Examiner n'est qu'un moment de la consultation [...]. Il me semble nécessaire qu'après nous nous retrouvions toutes les deux dans cet espace différent, le bureau. [...] Disposer de deux pièces me permet aussi de fermer la porte si la patiente vient accompagnée. » (2006 : 65-66).

A l'opposé, les femmes dont la consultation se déroule dans une seule pièce regrettent de ne pas avoir un endroit isolé pour se déshabiller et se faire examiner⁶⁸. Un paravent peut alors dans certains cas (les deux hôpitaux et le cabinet du Dr B.) symboliser cette séparation.

4.2.4 Une constante : le mobilier médical

Dans le cadre de ces espaces dont nous avons montré la diversité, la composition du mobilier proprement médical constitue un invariant dont les patientes peuvent se saisir comme d'un repère pour évaluer la conformité du lieu pour la pratique gynécologique. L'inventaire systématique du matériel médical mis à disposition dans les salles de consultation des hôpitaux et des centres de PMI ou acquis par les gynécologues libéraux permet de constater que les éléments qui le composent sont toujours les mêmes : une table gynécologique, un tabouret à roulette, une lampe sur pied, une armoire souvent métallique dans laquelle sont entreposés les instruments et solutions nécessaires à l'examen (spéculums, gants, gazes, coton, flacons de produits divers etc.) et un lavabo. L'introduction d'un élément nouveau ou différent par son aspect génère des soupçons. En effet, si les femmes interrogées ne désignent jamais ce mobilier comme étant un élément faisant explicitement l'objet de leur attention,

⁶⁸ Nous aborderons plus précisément l'analyse de ces différents moments de la consultation dans le chapitre 5

deux d'entre elles ont en revanche souligné l'impact que pouvait avoir la non conformité de ce mobilier. Ainsi Jacqueline évoque une telle expérience :

« Mais alors lui, je me suis posée des questions parce qu'il m'a examiné dans son cabinet mais pas sur une table d'examen, sur un sofa ! Eh, là ! J'ai commencé à me dire mais qu'est-ce qu'il fait. Donc je ne suis pas retournée le voir ! »

Si la non conformité est dans cet exemple particulièrement criante, la suspicion peut être générée par des détails plus insignifiants tant la congruence du décors « *avec l'apparence et les manières est si habituelle que notre attention est immédiatement attirée par le moindre désaccord entre les différents éléments de la représentation* » (Goffman, 1973a : 32). Ce fut le cas d'Isabelle (40 ans) :

« Il y a un truc qui m'a choqué chez elle, c'est que la table d'examen était en cuir rouge. C'est bizarre quand même, non ! ? »

Si Isabelle est malgré tout retournée deux ou trois fois chez cette gynécologue, elle a finalement pris la décision de changer, non pas que d'autres éléments soient venus alimenter ses soupçons mais « *parce que quand même ça me gênait* ». La rupture n'a pas été immédiate comme dans le premier exemple. On peut faire l'hypothèse que le risque de glisser du registre médical au registre sexuel auquel renvoie le sofa et la couleur rouge de la table gynécologique est minimisé ou relativisé dans le second cas, parce que le médecin est une femme. Néanmoins, le fait qu'il y ait eu rupture, même différée, souligne l'importance du respect des codes établis en ce qui concerne l'examen gynécologique, y compris sur le plan matériel. En effet, la qualité de la relation avec le médecin ne permet pas, dans la situation d'Isabelle, d'effacer les soupçons suscités par la couleur de la table gynécologique. Ces deux exemples témoignent de la nécessité d'avoir un endroit de l'espace de la consultation qui corresponde à une symbolique médicale forte ici matérialisée par le mobilier.

Cette anthropologie des lieux permet de poser le cadre spatial de la consultation et d'en montrer la variabilité. La diversité de l'offre peut apparaître comme une marge de liberté dont les patientes peuvent se servir pour trouver l'endroit qui correspond le mieux à leurs attentes. Néanmoins, les contraintes financières, géographiques ou encore celles liées à l'obtention

d'un rendez-vous remettent très souvent en cause cette liberté, les femmes n'ayant pas d'autre choix que celui de consulter dans des lieux où pourtant elles ne se sentent pas à l'aise. Si l'impact que peuvent avoir les configurations et l'aménagement des espaces est variable, il apparaît que des logiques de hiérarchisation des critères de satisfaction permettent de le nuancer ou de le relativiser sans toutefois effacer complètement la gêne qu'il introduit. On constate ainsi que les changements opérés relèvent le plus souvent d'insatisfactions d'ordre relationnel avec le médecin. En revanche, la qualité de la relation n'est plus aussi déterminante lorsque la gêne ou la suspicion repose sur les conditions y compris matérielles de l'examen. L'endroit où est effectué cet examen constitue en effet le seul espace pour lequel les médecins ne semblent pas s'autoriser la liberté avec laquelle ils aménagent par ailleurs leur cabinet. La similarité des dispositifs mis en place signale un cadrage spécifique de cet examen à travers tout un ensemble de codes, qui s'ils ne sont pas rigoureusement respectés, entraînent ce que Goffman (1991) appelle « une rupture de cadre ». Il conviendra donc de repérer plus précisément ces codes qui organisent plus spécifiquement le cadre de cette activité qu'est l'examen. Parce que le cadrage d'une activité s'accompagne nécessairement de phases d'ouverture et de clôture du cadre, il conviendra aussi d'accorder une attention particulière au déshabillage qui, toujours, précède et annonce l'examen. Par ailleurs, ces différentes phases constituent autant de temporalités dans le cadre temporel global de la consultation dont les caractéristiques doivent tout d'abord être précisées.

4.3 Le cadre temporel

La consultation gynécologique, comme toute consultation médicale, se déroule dans un cadre temporel prédéterminé. De fait, la gestion du temps apparaît dans la littérature médicale comme une donnée faisant l'objet d'une attention particulière. Que ce soient les traités ou bien les ouvrages ayant pour vocation d'aider à l'organisation professionnelle⁶⁹, tous s'accordent tant sur une durée que sur un protocole séquentiel. Ces différentes séquences constituent autant de repères instaurant des rythmes et une dynamique sur lesquels le médecin va pouvoir s'appuyer afin de maîtriser le déroulement de la consultation. Il a été démontré que les médecins gèrent l'interaction de façon à s'y conformer (Cosnier, 1993), néanmoins des décalages importants entre théorie et pratique(s) se révèlent à l'analyse des données issues de l'observation puis des entretiens menés auprès des gynécologues. Ainsi, il apparaît qu'une majorité de gynécologues sont amenés à redéfinir la durée globale des consultations afin de répondre à un certain nombre de contraintes de différente nature. Pour y parvenir les médecins disent s'en tenir à une consultation technique alors même qu'ils affirment par ailleurs devoir être à l'écoute de leurs patientes et leur offrir un espace de parole privilégié. C'est autour de ce paradoxe que l'analyse du cadre temporel prend tout son sens d'autant plus qu'il réinterroge directement l'hypothèse selon laquelle la consultation gynécologique constituerait un espace de parole pour les femmes (Bozon, 1993) mais aussi les représentations communément partagées de cette consultation comme étant un lieu privilégié de parole.

4.3.1 Ecart entre théorie et pratique

Le principal écart entre théorie et pratique concerne la durée globale de la consultation. Alors qu'elle est organisée autour de quinze minutes dans les pratiques observées, il apparaît qu'elle devrait, d'après les ouvrages médicaux consultés, se dérouler sur un temps estimé nécessaire et satisfaisant à partir de trente minutes, soit le double. La définition de cette durée repose

⁶⁹ On peut citer par exemple l'ouvrage au titre évocateur de Darves, Thépaut et Charpentier, *Le médecin face à ses patients. Mieux communiquer avec ses patients et optimiser son organisation*, Chiron, Paris, 1997.

essentiellement sur deux critères : la quantité des étapes indispensables pour l'établissement d'un diagnostic fiable et l'écoute de la patiente.

Un protocole, faisant l'objet d'un consensus, présente une liste de dix étapes qui doivent être systématiquement appliquées pour chacune des consultations.

Les étapes de l'examen gynécologique

L'interrogatoire : motifs de la consultation, recherche des antécédents, l'analyse du symptôme.

L'étude du morphotype : taille, poids, aspect général du sujet

L'étude de la pilosité : de type triangulaire chez la femme ne remontant pas sur l'abdomen

L'examen des seins : debout puis couché bras levés puis bras pendants. La main bien à plat examine tout le sein quadrant par quadrant sans oublier le prolongement axillaire, le sillon sous-mammaire et le mamelon. Il faut apprécier le volume, la forme et la symétrie des deux seins ; repérer le mamelon, sa situation, sa symétrie et son relief ; noter la couleur du tégument, le réseau veineux.

L'examen de l'abdomen

L'examen vulvo-périnéal : inspection de la pilosité, état des grandes lèvres et du clitoris, les petites lèvres, l'état de l'hymen (complet, déchiré ou perforé)

L'examen au spéculum : la mise en place doit être indolore à l'aide de deux doigts qui écartent les lèvres. Cet examen permet d'étudier le col et le vagin. « L'examen au spéculum, même de vierge, doit être absolument banni chez les jeunes vierges musulmanes, ainsi que le toucher vaginal même à un doigt » (2 : 9)

Le toucher vaginal : doit être fait après l'examen au spéculum et permet d'explorer grâce à la pénétration digitale du vagin la cavité pelvienne au moyen de un ou deux doigts (l'index et le médius) protégé(s) par un doigtier jetable en plastique mince à large collerette. Il ne prend de valeur qu'associé au palper abdominal. La patiente doit être suffisamment dévêtue le toucher vaginal étant associé au toucher abdominal. « Le toucher vaginal ne doit jamais être pratiqué chez des jeunes filles vierges, surtout musulmanes (en gras dans le texte), qui ont en plus des problèmes religieux » (2: 10).

Le toucher rectal : un temps complémentaire le plus souvent indispensable. Il ne faut pas hésiter à le pratiquer en prévenant la patiente de ce geste et en usant largement de lubrifiant.

La synthèse : le gynécologue devra schématiser les données de l'examen, un schéma étant plus explicite [...] permettant aussi à la malade de mieux suivre cette synthèse. Ce temps d'explication permettra aussi de supprimer bien des angoisses et permettra une meilleure participation de la malade au traitement, de lier le dialogue et de réaliser le premier temps d'une psychothérapie de

soutien. Autant dire que la consultation gynécologique est une affaire longue [...]. Il faut avoir une demi-heure, trois quarts d'heure en sachant prolonger l'entretien plus longtemps si cela est nécessaire. Savoir écouter, mais aussi parler, dialoguer, communiquer avec les patientes est essentiel dans la consultation gynécologique.

C. Péliissier-Langbort, Guide pratique de gynécologie, coll. Médiguides, Masson, 2001

L'énumération des différentes étapes du protocole suffit souvent à légitimer cette durée :

« Autant dire que la consultation gynécologique [...] est une affaire longue. Nous avons vu l'importance de l'interrogatoire, de l'examen, des gestes associés, de l'étude synthétique. Il est évident que cela ne peut s'accommoder d'une consultation de quelques minutes et qu'il faut avoir une demie heure, trois quarts d'heure, en sachant prolonger l'entretien plus longtemps si cela est nécessaire » (Lansac, Lecomte, 1999 : 14)

Ainsi est-il communément admis que le gynécologue doit disposer d'un temps suffisant afin de bien saisir les « problématiques »⁷⁰ de sa patiente à travers les différents actes techniques de l'examen. Dans les discours recueillis et souvent aussi dans la littérature, il apparaît que l'établissement d'un diagnostic fiable en gynécologie repose aussi sur l'écoute de la patiente. Pour pouvoir l'écouter, encore faut-il qu'elle parle. Offrir du temps aux femmes est la condition nécessaire à l'émergence de cette parole. La gynécologie psychosomatique, qui s'est développée à partir des travaux de Balint et dont le premier traité fut rédigé par H. Michel-Wolfromm⁷¹, a plus particulièrement mis l'accent sur l'importance de cette parole.

« L'approche psychosomatique réclamait une prise en compte globale de la personne et une nouvelle façon de partir du symptôme, de l'explorer soigneusement tout en repérant sa place et son sens dans l'histoire de chaque femme » (Borten-Krivine, 2004 : 31-32)

L'importance de cette affirmation est largement partagée par l'ensemble des gynécologues. En effet, ils affirment que la pathologie en gynécologie ne peut être dissociée de la psychologie notamment parce qu'*en gynécologie tout est sexualité* (Dr A.).

Pourtant dans la pratique, cette durée, d'au moins trente minutes, n'a jamais été respectée par les gynécologues observés et/ou interrogés. Quinze minutes est le temps moyen autour duquel

⁷⁰ Terme récurrent dans le jargon médical utilisé en alternance avec celui de « plaintes ».

⁷¹ H. Michel-Wolfromm, Gynécologie psychosomatique, Masson, Paris, 1963.

on peut observer des écarts relatifs au contenu de la consultation ou à la pratique du médecin. Le Dr D., par exemple, consacrait en moyenne dix minutes par consultation ce qui lui permettait de recevoir beaucoup plus de patientes que ses collègues. En revanche, il lui arrivait aussi de dépasser largement cette durée lorsque la situation médicale l'exigeait comme pour une patiente de 34 ans présentant un énorme fibrome de l'utérus. Le Dr D. lui a consacré trente minutes afin de lui exposer les implications des différentes solutions possibles pour traiter la pathologie dont elle était atteinte (ablation du fibrome avec risques de récurrence ou hystérectomie totale entraînant une stérilité définitive). Pour sa part, le Dr C. a organisé sa consultation autour d'une durée moyenne de vingt minutes. Elle justifie ce choix en reprenant les arguments mis en avant par les guides de pratique médicale mentionnés plus haut :

« [...] ici on leur consacre vingt minutes, ça leur donne un espace temps qui fait qu'elles s'installent un peu quand même [...] »

Il ressort de notre enquête que, tant en centre hospitalier qu'en cabinet libéral, les carnets de rendez-vous sont planifiés dans leur majorité en fonction d'une durée de quinze minutes pour chaque consultation. Apparaît ici ce fort décalage entre le protocole et la pratique. La diminution de moitié du temps jugé nécessaire à cette consultation par les professionnels a-t-elle des conséquences sur la qualité de la consultation ? Quelles sont les raisons d'un tel décalage ? Il apparaît que les médecins et les gynécologues en particulier doivent faire face à plusieurs éléments qui viennent contraindre leur exercice.

4.3.2 Les contraintes professionnelles

Ainsi que nous l'avons exposé, les gynécologues doivent répondre à une forte demande alors même que leur nombre diminue. Réduire la durée des consultations afin de pouvoir inscrire un maximum de patientes sur les plannings est une solution largement adoptée. D'ailleurs, des gynécologues, comme le Dr J., affirment être contraints de refuser de nouvelles patientes étant dans l'incapacité de compresser encore plus des agendas déjà surchargés. Néanmoins, d'autres, dont la pratique est proche de l'école psychosomatique, disent préférer limiter le nombre de leurs consultations quotidiennes afin de garantir une qualité d'écoute.

L'aspect financier distingue l'activité libérale de l'activité en centre hospitalier ou en PMI. Ainsi que le souligne Cicourel « *le niveau de revenus souhaité par le médecin peuvent influencer sur les conditions organisationnelles de travail telles que le nombre de visites prévues chaque jour* » (2002 : 31). En effet, la rentabilité financière de l'activité est une donnée essentielle. Le fait que les gynécologues interrogés ont tous pris le temps de l'entretien sur leur consultation hospitalière et non pas sur celle de leur cabinet de ville en témoigne. Un entretien d'une heure représente de fait un manque à gagner équivalent à quatre consultations. Alors que l'aspect financier a amené le Dr C. à exercer sa pratique en cabinet libéral, il a constitué un frein déterminant pour le Dr A. qui a préféré se dégager de ces contraintes financières parasitant, selon elle, l'activité en travaillant dans les centres de PMI. Elle justifie ce choix de la façon suivante :

« La gynécologie libérale nécessite une suractivité pour pouvoir gérer les prêts, beaucoup de frais de fonctionnement qui font que, j'ai remarqué auprès des collègues que je remplace depuis deux ans, ils courent toujours après ces fameux frais ».

Afin de « rentabiliser l'activité », il s'agit alors non seulement de se faire une clientèle mais aussi de la fidéliser. Le temps est un des éléments pris en compte pour y parvenir.

« Vous ne pouvez pas vous permettre de faire attendre les patientes. Elles sont généralement très pressées et ont déjà bien du mal à se dégager du temps pour venir. Si elles attendent trop, elles ne reviennent pas et ça se comprend » (Dr C.)

Le gynécologue a donc à cœur de respecter son planning. Cela implique aussi de poser des limites aux patientes.

« Il faut faire attention, [souligne le Dr I.], parce qu'il y a des femmes qui peuvent rester une heure [...] si je ne mettais pas de limite, ça dure, ça dure et du coup on peut prendre beaucoup de retard ».

Mettre des limites consiste, pour les gynécologues interrogés, à s'en tenir à une consultation *très technique*, c'est-à-dire à n'accorder d'importance qu'aux symptômes cliniques et à l'examen gynécologique.

De leur côté, les patientes confirment le caractère déterminant de la variable « temps ». Tout à fait conscientes de cette contrainte temporelle, certaines se présentent à la consultation avec une liste manuscrite de façon à s'assurer de ne rien oublier : *« attendez, je vérifie si je vous ai tout demandé »*. Cet écrit est le témoin visible d'une liste que les femmes préparent toujours mentalement ainsi que le soulignait Amélie (28 ans) en entretien. Les femmes savent qu'elles ne disposeront pas de plus d'un quart d'heure pour exposer leur problème ou poser leurs questions alors *il faut ramasser ses idées et se préparer parce que ça va vite* (Ingrid, 30 ans). Le regret ou l'insatisfaction relative à une consultation trop rapide est aussi très souvent évoqué comme par Juliette (35 ans) :

« J'aimerais bien qu'elle ait plus de temps à me consacrer car il y a des choses que du coup on ne peut pas aborder. Ça va super vite et quand je ressors, je me sens comment dire un peu frustrée. J'attendais plus, je sais pas comment dire (silence) on n'a pas le temps de réfléchir qu'on ait déjà à la porte [...]. »

Il est important de souligner la variabilité des situations. En effet, d'un gynécologue à l'autre la durée peut varier comme je l'ai mentionné plus haut mais cette durée peut aussi varier dans la pratique d'un même médecin. C'est un aspect essentiel de la pratique qui est chaque fois souligné dans les récits de pratique des gynécologues. En effet, ils disent très explicitement que d'une journée à l'autre en fonction d'évènements personnels, familiaux ou autres, leur disponibilité ne sera pas la même. Jacqueline qui dans son questionnaire avait noté être peu satisfaite de sa gynécologue revient, à ma demande dans son entretien, sur cette insatisfaction qu'elle justifie en faisant mention de cette variabilité d'une consultation à l'autre :

« Oui ça fait deux consultations très rapides. D'abord parce que je crois qu'elle arrivait en retard, plus d'une heure et demie en début de consultation et elle voulait récupérer petit à petit et je me sentais très déçue sur la rapidité. Elle bâclait un peu. Par contre la dernière fois, je l'ai trouvée plus posée, plus détendue. »

Jacqueline continue à consulter cette même gynécologue, mais elle affirme avoir été sur le point de changer si son insatisfaction avait été renouvelée une troisième fois. Notons que les retards accumulés par les médecins sont tout aussi fréquents en cabinet libéral qu'à l'hôpital d'autant lorsque le médecin a une double activité.

4.3.3 Une organisation séquentielle

Si le temps global de la consultation est divisé par deux par rapport à celui conseillé dans la littérature médicale, chacune des étapes du protocole est en revanche toujours respectée à l'exception du toucher rectal qui semble poser bien plus de problèmes encore que le toucher pelvien. Nous y reviendrons au chapitre 5. Chaque étape est insérée dans un canevas identique d'une consultation à l'autre.

Déroulement d'une consultation

La consultation débute toujours par l'accueil de la patiente par son médecin, accueil formalisé dans la majorité des cas par un « alors comment ça va ? ». S'en suit un temps de parole donné à la patiente durant lequel elle exprime les motivations de sa présence. Le gynécologue précise alors qu'il « va voir tout ça » invitant implicitement par ce message verbal la femme à se déshabiller. L'examen consiste en l'exploration de l'appareil génital de la patiente et la palpation des seins. Une fois cet examen terminé et la femme rhabillée, le gynécologue énonce son diagnostic et rédige le cas échéant une ordonnance. A ce moment là un temps de parole peut être repris pour la patiente qui prend fin par l'évocation du prochain rendez-vous.

La récurrence de cette articulation d'une consultation à l'autre sécurise à la fois médecins et patientes en réduisant au maximum l'aléatoire. En effet, la routinisation des tâches qui est une façon de pallier les erreurs humaines dans l'accomplissement d'une activité (Amalberti, 2002 ; Noizet, 2000) conforte le gynécologue dans la sécurité de son diagnostic lorsqu'il suit scrupuleusement, et d'une consultation à l'autre, l'ordre dans lequel s'enchaîne les différentes étapes du protocole. Pour la patiente, la récurrence de cette articulation lui permet de savoir exactement ce qui l'attend. Elle sait qu'elle devra se déshabiller et qu'elle aura un examen. En témoigne l'étonnement voire la confusion des patientes lors des quelques consultations où une rupture de ce schéma fut introduite par le médecin. Parce qu'une consultation récente retirait toute pertinence à pratiquer de nouveau un examen gynécologique, le médecin était en effet amené à modifier son canevas habituel. L'âge de la patiente peut également constituer une variable déterminante dans cette organisation séquentielle. Un consensus rassemble en effet la majorité des gynécologues autour de l'attention particulière qu'il faut accorder aux jeunes

filles en ne leur imposant pas d'examen gynécologique lors de leur première consultation. Néanmoins, en dehors de ces situations particulières, des différences apparaissent en termes de temps consacré à chacune des étapes. Si dans le constant souci de respecter la durée prévue pour chaque consultation, le temps consacré à l'exécution de l'examen gynécologique peut présenter quelques variations d'un gynécologue à l'autre, ce sont les temps de parole accordés aux patientes qui présentent la plus grande variabilité. En effet, inscrire la consultation dans une durée de quinze minutes revient à faire une consultation « technique » en réduisant au maximum les temps de parole. Ainsi, dans le cadre d'un suivi régulier, une façon de réduire le temps de parole consiste à ne pas demander à la patiente « *comment ça va ?* », qui est une question ouverte, mais à l'interroger directement sur le traitement en cours ou lui demander les résultats des examens complémentaires exigés lors de la précédente consultation (mammographie, échographie pelvienne, analyses de sang etc.). Ne pas engager de discussion pendant l'examen gynécologique en le réalisant dans le silence est aussi un moyen de limiter le deuxième temps de parole accordé aux patientes. Remettre aux patientes de la documentation plutôt que de prendre le temps de fournir des explications est une autre solution dont Juliette a fait l'expérience en cabinet libéral :

« J'aimerais bien changer de contraception et la dernière fois que je suis allée chez ma gynéco, je lui ai dit et je lui ai demandé ce qu'elle pensait du stérilet. Elle m'a dit oui, c'est possible et elle m'a donné de la doc en me disant lisez et vous me direz. C'est tout. Quand même j'aurais aimé qu'elle m'explique, qu'on en discute. Si on doit en parler, c'est bien avec la gynéco, non ?! C'est toujours comme ça, super rapide. Mais bon au moins, elle ne fait pas attendre !! »

Ainsi, comme l'a démontré Cosnier, le médecin se montre t-il « directif et sélectif » (*op. cit.* : 24). En cela, la consultation gynécologique ne se démarque pas des autres consultations médicales.

L'analyse du cadre temporel de cette consultation révèle que la distinction d'avec les autres consultations ne consiste pas en un temps de parole spécifiquement plus long ainsi que le laissent entendre les représentations que nous rappelions en introduction. Néanmoins, même si la durée globale consacrée à cette consultation constitue une variable déterminante, d'autres logiques participent à la façon dont s'enchaînent et se déroulent chacune des étapes qu'il convient d'investiguer avec plus de précisions.

Chapitre 5 Le corps à nu



L'examen gynécologique selon J-P. Maygrier (1771-1835)

L'examen gynécologique requiert une technicité spécifique adaptée à l'exploration de l'appareil génital féminin. Il est constitué de trois étapes : l'examen au spéculum, le toucher pelvien et la palpation des seins. La nudité requise et son dévoilement ainsi que ces impératifs techniques comportent, comme nous allons le voir, des enjeux symboliques forts entraînant dans l'interaction des ajustements de la part des protagonistes. S'il s'agit tout d'abord de neutraliser la dimension intime et de réduire la gêne introduite par ces contraintes techniques, il convient aussi pour les acteurs en scène de se maintenir dans leur rôle. Parmi les techniques du corps mobilisées pour parvenir à ce que se joue convenablement la pièce, la parole occupe une fonction essentielle. Technique pour introduire une distance, elle confère par son contenu très éloigné du corps une autre dimension à la relation entre les protagonistes et offre ainsi des éléments sur lesquels le médecin pourra s'appuyer pour établir un diagnostic particulier. Par ailleurs, nous verrons que le déshabillage comme l'examen gynécologique sont autant de moments où sont rappelées aux patientes, le plus souvent de manière implicite, les normes comportementales et corporelles de la féminité.

5.1 Impératifs techniques et enjeux symboliques

L'examen gynécologique se compose de trois actes principaux que sont l'examen au spéculum, le toucher pelvien et l'examen des seins, même s'il doit largement déborder l'exploration des parties génitales comme en témoigne le tableau présenté au chapitre précédent. L'examen au spéculum consiste en l'introduction dans le vagin d'un instrument métallique ou en plastique dont les parois, appelées valves, peuvent être écartées une fois en place afin d'élargir la paroi vaginale et permettre la visualisation du col de l'utérus et d'apprécier la qualité de la muqueuse. Le toucher pelvien est une technique permettant de mesurer la taille, la position et la mobilité de l'utérus et d'apprécier les ovaires. Pour ce faire, il s'agit d'introduire dans le vagin deux doigts (index et majeur de la main droite) gantés tandis que la main gauche exerce une pression sur la paroi abdominale pour « empaumer le fond utérin » (Pélicier-Langbort, 2001 : 10). L'examen des seins consiste en une observation à l'œil nu de la taille, de la forme, de la symétrie puis en un palper des deux seins et en un pincement des mamelons. Afin d'être mises en œuvre, ces techniques impliquent des postures spécifiques pour les deux protagonistes. La patiente est allongée sur une table gynécologique les pieds posés sur des étriers de façon à pouvoir plus facilement maintenir les jambes et les genoux très écartés. Cette position ainsi que les actes pratiqués dans le corps renvoient très explicitement au registre sexuel. De plus, dans la très grande majorité des consultations, la nudité complète de la patiente est exigée pour la réalisation de ces trois examens. Si la position requise fait consensus dans l'ensemble des pays où est pratiquée la médecine occidentale, en revanche l'exigence de nudité ne se retrouve pas partout. Aux Etats-Unis tout est organisé afin de respecter la pudeur des patientes et réduire la gêne des médecins. Le corps est « dépersonnalisé » par le drap qui le recouvre pendant l'examen (Emerson, 1970 ; Henslin, 1971). Il en est de même dans bien d'autres pays, ainsi que le soulignaient des femmes d'origine brésilienne, japonaise ou portugaise auprès desquelles j'ai mené des entretiens. Même si les gynécologues français ont régulièrement recours à la comparaison avec ces différents pays afin de légitimer et de revendiquer le maintien de la gynécologie médicale comme spécialité dans l'enseignement, ce sont les écarts importants en matière de pratiques contraceptives (recours plus important aux Etats-Unis à la stérilisation définitive notamment) et de prévention des cancers féminins qui sont mises en avant. Jamais ces différences ne sont

imputées à l'absence de nudité pour l'examen gynécologique alors même qu'elle est, dans le discours, toujours présentée comme une nécessité technique. Il serait par conséquent légitime que les gynécologues français attribuent les écarts en matière de dépistage du cancer du sein au fait que leurs homologues américains notamment effectuent le palper sous une blouse sans avoir accès à l'observation visuelle des seins. Or, force est de constater qu'il n'en est rien.

La nudité complète serait en quelque sorte une spécificité française qui se serait imposée à partir des années soixante, époque où l'intérêt de la science et de ses avancées semble l'emporter sur l'attention aux patients (Hoerni, 1996 ; Chertok, 2000 ; Carol, 2005).

Nous l'avons dit, les trois examens ici pratiqués renvoient très explicitement au registre sexuel non seulement par la nature des organes explorés mais aussi par la position dans laquelle sont placés les protagonistes. Se déshabiller est la condition nécessaire pour permettre au médecin d'examiner le corps et constitue de ce fait un acte autant obligatoire que légitime dans le cadre d'une consultation médicale. C'est certainement en raison de cette légitimité que les études interactionnistes sur la consultation médicale française n'ont pas, à notre connaissance, fait l'analyse de cette séquence même s'il est ponctuellement souligné comme par C. Heath que « *s'habiller et se déshabiller, révéler les parties intimes de son corps [...], tout cela peut faire naître un certain embarras* » (1993 : 82). On peut faire l'hypothèse que ce manque d'intérêt a partie liée au fait que ces études portent majoritairement sur la consultation de médecine générale pour laquelle il est très rarement demandé de se dévêtir entièrement. Le déshabillage ne suscite pas, de ce fait, le même intérêt que dans la consultation gynécologique. Néanmoins, s'intéresser à ce moment là précis de la consultation s'avère pertinent à plusieurs titres. Ainsi que le souligne Kaufmann « *les gestes de déshabillage et d'habillage sont plein d'ambiguïté* » (1998 : 51) en ce qu'ils relèvent aussi de l'univers érotique surtout lorsqu'ils sont le fait d'une femme. Le cadre médical suffit-il à neutraliser ou retirer cette dimension au déshabillage ? Mais alors, comment est gérée cette situation par les protagonistes ? Par ailleurs, les médias et notamment *Le Monde* qui, le 08 décembre 2003, consacrait deux pleines pages aux difficultés des femmes musulmanes à se déshabiller dans la consultation gynécologique posent régulièrement la question de la nudité dans la consultation médicale. Même si ces articles participent largement à la stigmatisation des musulmans en laissant entendre que ces difficultés leur seraient propres et ne concerneraient pas les autres femmes, ils confortent la chercheuse à étudier cet aspect de la consultation. Mais avant d'y parvenir, un détour par l'histoire s'impose à plusieurs titres. De nos jours, la banalisation de ces actes (ils sont systématiquement pratiqués en consultation de gynécologie) ne doit pas nous faire oublier qu'il n'en a pas toujours été ainsi. L'histoire

montre que les médecins ont eu du mal tant à s'y soumettre eux-mêmes qu'à l'imposer aux patientes, en raison des enjeux symboliques qu'ils impliquent fortement. En même temps, la technicité requise pour la pratique de ces examens a été le point d'appui essentiel et déterminant pour asseoir la reconnaissance de la gynécologie médicale comme une spécialité à part entière (Carol, 2005).

5.1.1 Histoire des techniques et de leur utilisation

Un détour par l'histoire des techniques montre la façon dont l'examen gynécologique s'est banalisé au fur et à mesure de sa technicisation. D'un acte redouté, il est passé à un acte maîtrisé par les médecins et valorisant pour la profession. La technique semble avoir effacé les enjeux, liés au caractère sexuel des parties du corps explorées et à la pudeur, tant redoutés alors même que les femmes sont de plus en plus dévêtues et placées dans une position renvoyant explicitement au registre sexuel et d'autant plus lorsque celles-ci sont complètement dénudées.

Alors que les protocoles actuels précisent que le toucher pelvien ne doit être pratiqué qu'une fois l'examen au spéculum réalisé, (sans pour autant justifier cet ordonnancement), il apparaît qu'il n'en a pas toujours été ainsi. Alors même que l'histoire témoigne d'une utilisation très ancienne de ces techniques, ce n'est qu'à partir du XIX^{ème} siècle, dans le contexte de l'anatomo-clinique, qu'elles vont s'imposer dans la pratique médicale. Si des textes talmudiques datant de 1300 av J-C font référence à l'utilisation de bambou pour l'exploration vaginale, un débat oppose historiens et médecins quant à l'utilisation qu'en faisaient les grecs anciens. Certains affirment qu'Hippocrate y avait recours pour l'exploration vaginale, d'autres soutiennent que son utilisation était réservée à la visualisation du rectum. En revanche, les ouvrages de Galien et de Soranus d'Ephèse signalent très explicitement l'emploi d'un spéculum afin de dilater et de voir l'intérieur de l'appareil génital féminin au I^{er} siècle (O'Dowd, Philipp, 1994). Par la suite, cet instrument disparaît pour n'être réintroduit qu'en 1820 par Récamier. Si cet abandon reste inexpliqué dans la littérature, on peut faire l'hypothèse qu'il a partie liée au fait que la médecine s'est longtemps tenue à distance du corps féminin au regard des représentations et des croyances dont il a successivement été l'objet comme nous l'avons vu plus haut.

Jusqu'alors pratiqué essentiellement pour le suivi des grossesses et pour l'expertise dans le contexte criminel (viol, infanticide, procès en impuissance, grossesse d'une condamnée à mort), le toucher pelvien faisait depuis le XVIIIème siècle l'objet d'une remise en cause au regard des critiques voire des accusations contre les médecins qui le pratiquaient. En effet, les accoucheurs sont dénoncés pour « charlatanisme effronté » et les experts incriminés de pratiquer des examens qui blessent la pudeur et de s'adonner à des attouchements (Carol, 2005). Si les bases de la nouvelle clinique vont permettre la pratique du toucher pelvien puisqu'elle « *exige une sorte de triangulation sensorielle [...] : l'oreille et le toucher viennent s'ajouter à la vue* » (Foucault, *op. cit.* : 166), respecter la pudeur des femmes reste un précepte largement partagé, les médecins la considérant comme « *un attribut essentiel de la nature féminine* » (Carol, *op. cit.* : 52).

L'attention des médecins se porte également sur les risques de corruption des femmes encourus par l'exploration des parties génitales qu'une gestuelle imprécise ou incontrôlée viendrait renforcer. Ainsi, à partir de la moitié du XVIIIème siècle et plus particulièrement tout au long du XIXème siècle, la moralité du geste devient centrale dans les recommandations qui se multiplient sur la technique du toucher (Carol, *op. cit.*). La position des doigts fait l'objet de directives très précises, l'anus et le clitoris ne devant jamais être effleurés au risque d'éveiller des sensations auxquelles les femmes pourraient prendre goût. Afin d'écarter toute ambiguïté, le médecin agenouillé doit détourner son regard de la patiente examinée comme l'illustre la gravure de Maygrier ci-dessus (p147). Enfin, les traités précisent que la femme doit être examinée debout et vêtue tant le dévoilement des cuisses ou du ventre serait inconvenant. La redécouverte du spéculum va considérablement modifier les modalités de l'examen gynécologique.

Réintroduit par Récamier (1) en 1820 suite aux découvertes réalisées à Pompéi en 1818, son utilisation rencontre des résistances de la part des médecins qui n'en maîtrisent pas la technique. De nombreux modèles vont alors être élaborés afin d'en faciliter le maniement et d'en améliorer les performances. Cet instrument fait peur aussi parce qu'il « *permet de voir ce que la nature avait toujours tenu caché* » (Carol, *op. cit.*). Les changements qu'il va entraîner sont importants. La patiente ne pouvant plus être examinée debout, elle est dans un premier temps allongée sur un lit, des assistants lui maintenant les jambes écartées et relevées. Des perfectionnements s'accumulent alors rapidement avec en 1840 la création de la table

gynécologique, élaborée sur le modèle de la chaise d'accouchement⁷², dont les étriers remplacent les assistants, et pour l'éclairage le réflecteur se substitue à la bougie.



1



2

⁷² La table d'accouchement sera abandonnée au XIXème siècle au profit du lit jugé moins effrayant par les parturientes (Shorter, 1984 : 138)



3

A partir de 1870, le spéculum est valorisé par rapport au toucher car il introduit dans sa matérialité une distance entre le médecin et la patiente. Les conseils se rapportant à son utilisation sont alors purement techniques afin que soient écartés les accidents surtout recensés avec l'utilisation des spéculums trivalves (2) assez rapidement abandonnés (O'Dowd, Philipp, 1994) au profit du spéculum bivalves comme celui de Ricord (3) toujours utilisé aujourd'hui. Au même titre que le stéthoscope, inventé par Laennec en 1816 pour la médecine générale, le spéculum est l'instrument qui en gynécologie va modifier la relation entre le médecin et sa patiente puisqu'il va permettre de contourner l'obstacle de la pudeur et rendre l'examen plus facile (Hoerni, 1996). Pour cette raison son utilisation sera alors rapidement adoptée d'autant que la maîtrise de son maniement confère au médecin un surcroît de qualification :

« Comme tout instrument, le spéculum apporte par son existence même un surcroît de qualification à celui qui le manipule. [...]. En tant que tel, le spéculum participerait donc lui aussi à la professionnalisation de la gynécologie comme l'avait fait le forceps pour les accoucheurs » (Hoerni, op. cit. : 58)

Au fur et à mesure qu'il se répand, l'examen gynécologique tend à être banalisé et les enjeux moraux s'effacent peu à peu des recommandations au profit de la technique. Au milieu du XX^{ème} siècle, si les gynécologues soulignent encore les difficultés relatives à la pratique de cet examen, c'est dans le cadre de tables rondes et de manière beaucoup plus implicite :

« L'inspection et le toucher restent des explorations absolument indispensables en gynécologie. Nous savons que cette inspection est très souvent négligée parce que redoutée [...] »⁷³.

Désormais, dans les manuels de gynécologie, la technique est exclusivement mise en avant :

Le toucher vaginal : Réalisé après l'examen au spéculum, il permet d'explorer grâce à la pénétration digitale du vagin la cavité pelvienne au moyen de un ou deux doigts (l'index et le médus) protégé(s) par un doigtier jetable en plastique mince à large collerette. Il ne prend de valeur qu'associé au palper abdominal. La patiente doit être suffisamment dévêtue le toucher vaginal étant associé au toucher abdominal.

L'examen au spéculum : la mise en place doit être indolore à l'aide de deux doigts qui écartent les lèvres. Cet examen permet d'étudier le col et le vagin. Le spéculum pour vierge permet de réaliser un examen du col sans léser l'hymen.

C. Péliissier-Langbort, Guide pratique de gynécologie, coll. Médiguides, Masson, 2001

Le fait que l'examen du sein ait été introduit beaucoup plus tardivement dans la consultation de gynécologie relève de la difficulté à situer le sein dans une spécialité médicale, comme l'explique D. Gros : « le sein a toujours été mal aimé, l'organe que tout le monde se dispute mais que personne ne veut étudier dans sa réalité et sa totalité complexe » (1987 : 124). Mais cela tient aussi et peut-être même avant tout au fait que toucher et palper cet organe sexuel à main nue entraîne une gêne pour les protagonistes :

« Le but plus ou moins inconscient de cette attitude [ne pas faire l'examen des seins] est de fuir un organe qui les [les médecins] trouble. L'examen gynécologique, lui, est différent par son environnement technologique qui le rend plus médical » (op. cit. : 31).

Conjointement à cette technicisation, le corps de la femme va progressivement se dénuder. A la fin du XIXème siècle les médecins préconisent de laisser les parties du corps non explorées recouvertes soit de la chemise de la patiente, soit d'un drap ou d'une serviette fine. Puis, l'avantage tiré d'un examen le corps découvert est de plus en plus mis en avant et devient une exigence pour la justesse du diagnostic (Arnaud-Lesot, 2004). Ce n'est réellement qu'à partir

⁷³ Dr Bret, Table ronde des entretiens de Bichat du 09 octobre 1966, in *La Revue française de gynécologie et obstétrique*, n°6, juin 1967.

du milieu du XXème siècle que la nudité complète deviendra un impératif, au moment où la technologie investit massivement la médecine, renforçant son pouvoir et sa légitimité. L'introduction de l'examen des seins dans le protocole de l'examen gynécologique a certainement eu un impact sur l'exigence de nudité. En effet, demander à la patiente de se dénuder entièrement permet aux praticiens de gagner du temps en évitant une phase intermédiaire de rhabillage de la partie inférieure et de déshabillage de la partie supérieure du corps. Le milieu du XXème siècle, marqué également par le mouvement de libéralisation du corps qui va dénoncer le puritanisme bourgeois, constitue par ailleurs un contexte plus favorable encore au dévoilement du corps dans la consultation médicale.

« On a fait de la pudeur une valeur « ringarde », révélatrice de complexes, de symptômes pathologiques, témoignant d'une inhibition anormale et déplacée dans ce siècle du tout permis [...] dans les faits la pudeur semble avoir disparu et l'on transgresse les limites sans même s'en rendre compte » [...] « Force est de constater que le statut du savoir impose sa priorité et avalise souvent tous les excès. Il en va ainsi de certaines pratiques médicales courantes » (Sfez, 2003 : 19 et 72)

5.1.2 Du côté des hommes : la suspicion demeure

Malgré la progressive banalisation de la nudité au cours du temps en France, la question reste très problématique, ainsi que le révèlent les représentations des médecins mais aussi plus largement celles de la société prêtant aux femmes des tendances excessives à la « pudibonderie » ou à la « nymphomanie ». D'une manière générale, la consultation de gynécologie intrigue surtout les hommes qui soupçonnent aussi bien les femmes que les gynécologues masculins de prendre du plaisir dans l'examen proprement dit.

Une grande majorité des ouvrages sur l'histoire de la médecine étant réalisés par des médecins, il convient de les considérer avec prudence (Freidson, 1970). En fonction de leur formation, les médecins présentent une histoire sélective. Ainsi certaines spécialités seront mises à l'honneur alors que d'autres seront totalement ignorées. De ce fait, s'offre au lecteur une quantité d'ouvrages au titre identique d'« Histoire de la médecine » mais au contenu extrêmement variable, n'accordant que très rarement un intérêt à la question de la nudité des

corps dans l'exercice médical. En revanche, la façon dont la pudeur est abordée reste identique. L'étonnement voire l'incompréhension qu'elle suscite amène les auteurs à la traiter telle une « *curiosité d'un autre temps caractéristique de la gente féminine* » (Arnaud-Lesot, *op. cit.* : 207). Néanmoins, cette représentation peut également se lire dans des travaux sociologiques. Ainsi, Peneff, après avoir fait un rapide rappel historique sur la façon dont la pudeur est gérée dans l'enceinte de l'hôpital, souligne que :

« Certes les normes ont évolué aujourd'hui dans le sens d'une plus grande libéralisation et nous sommes moins affectés par le puritanisme qui règne encore dans certains hôpitaux anglo-saxons » (1992 : 75-76).

Le récit du médecin qu'il cite en note situe plus explicitement cette pudeur comme étant une particularité spécifiquement féminine :

*« Dans un hôpital, en Amérique, j'ai été très choqué par l'extrême pudibonderie. Faire un toucher vaginal devient un crime, ou au moins un véritable rite dramatique et coupable à tel point que le médecin américain ne fait un examen gynécologique qu'avec la mise en place d'un drap écran et seulement en présence d'un tiers »*⁷⁴

Si les femmes sont en effet présentées comme étant trop pudiques, elles apparaissent aussi comme étant promptes à la corruption dès lors que l'on effleure leurs parties génitales. Cette dichotomie, qui renvoie à celle, bien connue, de la mère et de la putain, est toujours implicitement présente dans les écrits de médecins contemporains. Ainsi à propos de l'examen gynécologique le Pr Hoerni écrit :

« La connotation sexuelle de ce contact intime est évidente, aussi bien dans un contexte hétérosexuel qu'homosexuel. Il n'y a sans doute pas de médecin un peu chevronné qui n'ait vu au moins une fois une patiente le consultant plus que de raison en demandant chaque fois un examen dont les fins apparaissent tout autres que médicales. Inversement d'autres femmes restent réservées vis-à-vis d'un contact plutôt désagréable, voire jugé humiliant » (1996 : 66)

Par l'exemple rapporté, la note qui est adjointe au mot humiliant renforce plus encore cette représentation dichotomique :

⁷⁴ Dr de Bonnefon, *Urgences, mode d'emploi*, Debard, Paris, 1985, p104 cité par Peneff (*op. cit.* : 76)

« L'obligation de se soumettre à cet examen médical joue un rôle certain, comme en témoignait une jeune femme qui avait choisi librement de jouer dans un spectacle pornographique, mais qui refusait le frottis vaginal qu'un médecin femme prétendait lui imposer avant de lui prescrire une pilule contraceptive » (op. cit. : 189).

Les récits de pratique de gynécologues se distinguent fortement en fonction du genre de leur auteur. Autant les gynécologues femmes mettent l'accent sur les difficultés à soumettre les patientes à cet examen gynécologique, autant le caractère « nymphomane » des femmes est plus particulièrement mis en avant par les écrits masculins. Celui du Dr Salama est ponctué d'exemples de patientes venues chercher du plaisir dans l'examen, l'auteur soulignant avec récurrence son insensibilité à ces situations⁷⁵ dont voici quelques exemples :

« Quand je la pénètre de ma main droite pour pratiquer le traditionnel toucher vaginal, pourtant infiniment médical, elle se met alors à gémir et à se trémousser, sans ambiguïté. Il me faut désamorcer cette bombe de toute urgence ou m'enfuir de toute urgence » (2005 : 102)

« Elle pénètre dans mon antre avec ce regard de tigresse bourré de sous-entendus qui nécessite des années d'entraînement ! Puis s'assied de façon à mettre en évidence la fente de sa jupe [...] non sans joie, elle part se déshabiller, me prend alors pour Mickey Rourke et imite donc Kim Basinger dans Neuf semaines et demie [...] J'arrive pour l'examiner et la découvre, bas et porte-jarretelles assortis à un air faussement détaché [...] Je retourne à mon bureau. Ce cruel abandon pousse alors la femelle à s'échapper sauvagement de derrière le paravent avant même d'avoir commencé à se rhabiller » (op. cit. : 106)

Il ne s'agit pas de discuter ici le fait qu'il y ait ou non des femmes nymphomanes mais bien plutôt de souligner ici l'importance toute particulière qu'y accorde ce gynécologue d'autant que cela fait écho à des commentaires masculins sur mon travail⁷⁶. Si d'une manière générale cet examen intrigue, le soupçon voire l'affirmation du plaisir à provoquer ou à ressentir par l'introduction de doigts et/ou du spéculum dans le vagin est évoqué avec récurrence. La pénétration du vagin est en effet l'acte autour duquel est définie l'hétérosexualité et qui à lui

⁷⁵ « La nudité a trop de connotation médicale pour provoquer une quelconque excitation chez moi. Heureusement car elle fait partie de mon quotidien » (op. cit. : 100)

⁷⁶ A plusieurs reprises des chercheurs masculins m'ont reproché de ne pas prendre en compte la dimension du plaisir relative à l'introduction du spéculum.

seul signe la complétude du rapport sexuel satisfaisant⁷⁷. Les blagues masculines sur le sujet, très nombreuses, vont également dans ce sens⁷⁸.

Par ailleurs, la gynécologie occupe une place dans l'imaginaire érotique et pornographique : films mettant en scène des acteurs dans les rôles d'un gynécologue et ses patientes ; dans le registre lexical pornographique le terme de « gynécologue » est utilisé pour désigner un partenaire masculin ; vente de spéculums dans les sex-shops ou par correspondance sur les sites pornographiques. On peut évoquer aussi le chanteur Bruno Beausir qui a pris pour nom d'artiste celui de « Doc gynéco », surnom conféré par ses amis pour vanter ses qualités d'adolescent séducteur⁷⁹. Dans son premier album « *Première consultation* », il décrit dans une chanson du même titre la journée d'un gynécologue au planning surchargé et écoeuré de voir défiler des corps en prenant pour refrain « *je travaille où d'autres s'amuse[n]t [...] en tout cas j'accuse toutes celles qui dans mon cabinet s'amuse[n]t* ». Dans une autre intitulée « *Viens voir le docteur* », le chanteur se présente comme un initiateur à la sexualité invitant à son cabinet une jeune fille de 15 ans qu'il rassure par cette ritournelle : « *n'aie pas peur de l'homme ni de son spéculum* »⁸⁰.

Ponctuellement, des voix s'élèvent pour rappeler la dimension sexuelle de la consultation gynécologique. Elles restent néanmoins très discrètes et peu nombreuses et semblent être motivées par les plaintes qui ont pu être déposées par des patientes envers des médecins ayant abusé d'elles. En 1980, un dossier du magazine *Marie-Claire* intitulé *L'homme au spéculum* dénonce les dérives sexuelles de gynécologues masculins. En 2001, le conseil de l'ordre a établi un rapport sur « *la consultation et la sexualité* » dans lequel sont rappelés les enjeux liés à la nudité des corps des patientes et la proximité dans laquelle patiente et médecin sont alors placés. Le serment d'Hippocrate est convoqué pour souligner les engagements du médecin et l'éthique de la profession. Des conseils sont également énoncés afin d'aider le jeune médecin à maîtriser ces situations, tels que détourner le regard et ne pas demander inutilement aux patientes de se dénuder.

⁷⁷ On peut se reporter ici à toutes les enquêtes sur la sexualité.

⁷⁸ Exemple de blague : « A Bruxelles, un gynécologue examine une femme. Il a le doigt dans son sexe mais soudain le téléphone sonne. Tu veux aller à Gand? Tuournes à droite, tu reviens tout droit, tuournes à gauche... Il indique les directions avec son doigt resté dans la femme... Finalement il s'excuse auprès d'elle mais elle répond: "Non docteur, cela ne m'a pas dérangé, au contraire! La prochaine fois, demandez à votre correspondant de pousser jusqu'à Namur! » (www.clubssoleil.net)

⁷⁹ Lu sur le site web du chanteur : www.docgyneco.net

⁸⁰ (www.paroles.net)

De la propriété du corps des femmes

La locution « *le corps de nos femmes* » est apparue de façon récurrente dans l'expression des interrogations masculines sur la consultation gynécologique. L'emploi de l'adjectif possessif à la première personne du pluriel « nos » renvoie à l'idée, particulièrement étudiée par l'anthropologie⁸¹ et longuement discutée par C. Guillaumin (1992)⁸², selon laquelle le corps des femmes est considéré par les hommes comme leur propriété. Le sociologue J. Henslin justifiait l'intérêt d'étudier la consultation gynécologique notamment parce qu'elle consistait en une manipulation d'un bien appartenant aux hommes. Le fait qu'il ne fasse pas la démonstration de cet argument relève certainement de son manque de distance particulièrement manifeste dans la manière de formuler son propos :

“We who are so « up tight » about genital exposure, allow males to examine the genitals of our females, both married and unmarried, the young and the old, and we even pay them for inserting their index and middle fingers into the vagina.” (1971 : 244)

Cette question de la propriété du corps des femmes est au cœur des conflits opposant les médecins et certains hommes refusant que leurs femmes soient examinées par un homme⁸³. Les musulmans ayant été désignés par les médecins et les journalistes comme les seuls opposants, des mesures sont prises afin d'éviter toute forme de confrontation avec cette population. Ainsi depuis 2001, de nouvelles recommandations apparaissent dans les guides de pratique médicale concernant l'examen des jeunes femmes musulmanes vierges pour lesquelles il est fortement déconseillé de pratiquer l'une et l'autre de ces deux techniques, sans pour autant fournir d'explication :

*« Le toucher vaginal ne doit jamais être pratiqué chez des jeunes filles vierges, **surtout musulmanes** [en gras dans le texte], qui ont en plus des problèmes religieux » (Pelissier-Langbort, op. cit. : 9)*

⁸¹ On pense ici plus particulièrement aux travaux de C. Lévi-Strauss et à ceux de F. Héritier.

⁸² C. Guillaumin montre que l'appropriation des femmes n'est pas un phénomène archaïque ou exclusif des sociétés « exotiques » et qu'il s'inscrit dans un rapport de pouvoir « coup de force permanent qu'est l'appropriation de la classe des femmes par la classe des hommes » (p16) et revêt une forme idéologique « c'est-à-dire que les femmes sont « plus naturelles » que les hommes » (p17).

⁸³ Voir les articles de presse

« L'examen au spéculum, même de vierge, doit être absolument banni chez les jeunes vierges musulmanes, ainsi que le toucher vaginal même à un doigt » (op. cit. : 10)

« Cependant, l'examen au spéculum de vierge est contre-indiqué chez les jeunes filles musulmanes vierges » (Delcroix, Gomez, 2005 : 24)

Pour des questions religieuses supposées et non explicitées, une nouvelle catégorie de patientes se dessine. Si cela peut renforcer la stigmatisation des musulmanes, déjà évoquée plus haut, cela a aussi pour conséquence de les exclure d'emblée de certains examens médicaux, ce qui peut par ailleurs avoir de fâcheuses conséquences pour leur santé. Au delà, s'interdire de pratiquer toucher pelvien et examen au spéculum sur une certaine catégorie de patientes est une autre manière, plus implicite, de rappeler qu'ils comportent des enjeux et notamment celui de la propriété du corps des femmes. Écarter les jeunes filles musulmanes de cet examen est une façon de reconnaître que le corps de celles-ci appartient à la famille et plus précisément aux hommes de cette famille, ce qui interdit toute intervention de la part d'un tiers, ici le corps médical et plus spécifiquement les médecins masculins.

5.1.3 Du côté des femmes : l'appréhension domine

De leur côté, les femmes interrogées disent toutes leur appréhension de l'examen gynécologique. Pour Jacqueline *« il faut reconnaître que ça n'est pas agréable »* ou que *« ce n'est pas une partie de plaisir »* comme pour Camille (48 ans).

Cette appréhension, qui peut pour certaines constituer un véritable obstacle au point de ne pas pouvoir se résoudre à aller consulter, est relative à plusieurs aspects de l'examen. Tout d'abord, il apparaît que la position requise constitue une gêne ainsi que l'explique Ingrid (30 ans) non sans un certain euphémisme :

« C'est un peu bizarre quand même de s'allonger sur une table et de mettre un pied là et l'autre dans ces machins en fer là. Bon écarter les jambes c'est un peu étrange aussi, vraiment ça me gêne » (Ingrid, 30 ans)

Écarter les jambes est une attitude proscrite pour les femmes qui ont au cours de leur socialisation été rappelées à l'ordre chaque fois qu'elles adoptaient une telle posture alors

qu'elles étaient en robe ou en jupe et qu'ainsi elles pouvaient laisser voir ou entrevoir leur culotte. Demander aux femmes d'écarter les jambes sur cette table gynécologique génère un sentiment de gêne parce que cela les contraint à dépasser une norme incorporée.

L'appréhension est également justifiée par l'introduction du spéculum dans le vagin :

« Eh puis leur machin en métal là, le comment déjà, le spéculum, ça fait mal, c'est froid. C'est l'horreur ce truc ! Maintenant je prends un médoc pour que la gynéco puisse faire l'examen sinon c'est impossible » (Sophie, 44 ans)

Un des monologues mis en scène par Eve Ensler à partir d'entretiens réalisés auprès d'une centaine de femmes à travers le monde illustre parfaitement la manière dont est perçu cet examen :

« Et les examens. Qui est-ce qui a inventé les examens ? Il n'y aurait pas une façon plus agréable de les pratiquer ? Pourquoi cette blouse en papier rêche qui vous râpe la pointe des seins et qui crisse quand vous vous allongez et que vous vous sentez comme un vieux papier froissé qu'on a jeté n'importe où ? Et pourquoi ces gants de caoutchouc ? Pourquoi cette lumière aveuglante comme si vous étiez sur une scène de music-hall ? Pourquoi ces étriers d'acier dignes des nazis, ce bec de canard infâme et glacé qu'on vous rentre dedans ? C'est quoi ? Comment des femmes gynécologues peuvent-elles vous faire ça ? Ces visites foutent mon vagin en colère ! Il est sur la défensive des semaines à l'avance. Il se ferme, il arrive pas à se « décontracter ». Ça vous fait pas ça à vous ? « Décontractez-vous, décontractez votre vagin ». Mon vagin n'est pas fou, il est malin, il sait ce qui l'attend « décontracte-toi qu'on puisse t'enfoncer un bec de canard glacé ». Ça va pas non. Un examen, un examen vaginal ? Moi j'appelle plutôt ça une mise à mort du vagin, oui. » (Ensler, 2005 : 75-76)

Se déshabiller est la condition nécessaire pour permettre au médecin d'examiner le corps et constitue de ce fait un acte autant obligatoire que légitime dans le cadre d'une consultation médicale. Les témoignages des femmes obtenus en entretien ou au cours de discussions informelles insistent sur l'inconfort voir l'humiliation qu'entraîne cette exigence médicale. Une femme de 55 ans soulignant sa difficulté à se dévêtir se souvient :

« Et encore ça évolue un peu. Je me souviens qu'à l'hôpital X, on devait se déshabiller dans une cabine qui ouvrait sur la salle de consultation et quand on sortait soit on se retrouvait face à une ribambelle de médecins et d'externes et là on se sent vraiment impuissante, soit on devait

attendre assise sur une chaise sur laquelle il y avait un papier de protection. Je ne vous dis pas. C'était quelque chose ! »

Amélie (27 ans) insiste sur le fait que c'est pour elle complètement impossible : « *Je ne peux pas ! Il faut que je garde un tee-shirt* ».

Ces appréhensions mentionnées en entretien sont, comme nous le verrons plus loin, parfois exprimées au cours de la consultation et entraînent de la part des patientes des tentatives de négociation surtout au moment du déshabillage.

Malgré l'apparente banalisation de cette consultation dans l'univers médical, les imaginaires restent encore largement marqués par la dimension sexuelle à laquelle renvoie cette spécialité du fait de la nudité imposée, de la position requise pour se soumettre aux examens et de la nature des actes pratiqués dans le corps des femmes puisque introduire doigts ou instrument dans le vagin d'une femme renvoie à la pénétration et de ce fait à la sexualité. Cette dimension a, comme nous allons le voir, des incidences très concrètes sur la consultation puisqu'elle contribue à la rythmer et à définir les codes de l'interaction.

5.2 Neutraliser l'intime, réduire la gêne, maintenir les rôles

Les études sociologiques réalisées à ce jour sur la consultation gynécologique sont essentiellement nord-américaines et relativement anciennes (Henslin, 1971 ; Emerson, 1972 ; Henslin, Biggs, 1978). Les principaux constats apportés par ces travaux soulignent la gêne et l'embarras que suscite l'examen gynécologique tant pour les patientes que pour les gynécologues, au regard du caractère sexuel auquel renvoie non seulement les parties génitales du corps examinées mais également le positionnement des acteurs pendant l'examen. La « dépersonnalisation » de la patiente par l'application d'une blouse puis d'un drap sur son corps ainsi que l'exécution du déshabillage dans une pièce distincte de la salle de consultation à l'abri du regard du gynécologue sont présentés comme les moyens mis en place pour permettre au médecin d'effectuer l'examen et à la patiente de s'y soumettre. Les modalités selon lesquelles se déroulent la consultation gynécologique en France sont différentes puisqu'une grande majorité de cabinets n'offre pas de pièce réservée au

déshabillage et que la patiente n'est jamais recouverte d'une blouse ni d'un drap pour l'examen. L'absence des moyens présentés comme étant essentiels dans la consultation nord-américaine incite la sociologue à investiguer ces deux moments particuliers de l'interaction afin de repérer la façon dont les protagonistes parviennent à gérer la gêne. Il convient aussi d'accorder une attention particulière aux jeux de rôle et aux changements éventuels de statut de chacun des acteurs.

Par ailleurs, la question du genre se révèle, dans ces études nord-américaines, tout à fait centrale puisqu'il est souligné que la gêne est consécutive au fait qu'une femme se fasse examiner par un homme. Les récents travaux de Galinski et Ziolkowska (2007) centrés sur cette question vont dans ce sens. Néanmoins, les effets du genre méritent une plus ample investigation à plusieurs titres. L'ensemble des études mentionnées sont exclusivement basées sur des matériaux présentant la particularité de toujours mettre en scène une patiente face à un gynécologue masculin que ce soit dans le cadre des observations réalisées par Henslin (*op. cit.*) et Emerson (*op. cit.*) ou dans celui des entretiens menés par Galinski et Ziolkowska (*op. cit.*) auprès de gynécologues-obstétriciens. Si pour les premiers la raison de cette spécificité tient à l'époque où l'enquête a été réalisée puisque seuls des hommes exerçaient cette profession, la deuxième recherche rappelle que la féminisation de la gynécologie est une particularité française. De plus, les recherches américaines reposent sur la pratique d'un seul médecin ce que les auteurs justifient par les seules difficultés d'accès aux consultations, « trop intimes » pour autoriser la présence du sociologue. Avoir réalisé des observations auprès de plusieurs médecins hommes et femmes m'a permis d'approfondir cette question du genre dans la consultation.

Si le cadre d'analyse basé sur le modèle dramaturgique dont nous avons précisé le caractère opératoire est aussi celui mobilisé par les auteurs précédemment cités, la notion de cadre développée par Goffman (1974) nous a semblé tout aussi utile pour conduire notre analyse. Il apparaît en effet que l'enjeu principal de cette consultation consiste pour les acteurs en scène à se maintenir dans un cadre, en l'occurrence le cadre médical, le risque majeur étant de changer de cadre et plus spécifiquement de basculer dans le cadre sexuel. Il importe pour les acteurs d'avoir connaissance des codes qui définissent le cadre médical afin de s'y maintenir et d'y tenir le bon rôle. Le déshabillage se révèle comme étant la séquence transitoire au cours de laquelle sont rappelés les codes et effectués les réajustements éventuels pour entrer dans la séquence suivante sans risque de débordement ou de sortie de cadre.

Afin de mener l'observation de ces deux séquences puis d'en faire l'analyse, le recours aux notions de « techniques du corps » puis de « proxémie » s'est avéré particulièrement utile et

efficace. Il importait en effet, ainsi que Mauss l'avait expérimenté, de ne pas faire l'erreur de considérer qu'il y a technique uniquement lorsqu'il y a instrument mais bien d'avoir à l'esprit que le corps est le premier et le plus naturel instrument de l'homme ou plus exactement « le premier et le plus naturel objet technique » (1991 : 372). Ainsi, il convenait de considérer non seulement les outils utilisés par le médecin pendant l'examen gynécologique, mais aussi de porter une attention particulière à la façon dont il mobilisait son propre corps comme un des instruments participant à la réalisation des examens. Des manières de faire identiques d'un gynécologue à l'autre se sont révélées comme autant de techniques du corps incorporées, acquises au cours de la formation, et réactivées à chaque examen non pas tant pour répondre à des impératifs « mécaniques » que pour gérer la proximité avec le corps nu de la patiente.

Les travaux sur la proxémie développée par Edward T. Hall avaient souligné l'existence de bulles invisibles qui entourent chaque individu, bulles qui sont le résultat de deux facteurs principaux : les capacités perceptives et la dimension psycho-sociale et culturelle de l'individu. Ces bulles, au nombre de quatre, découpent l'espace des individus en catégorie de distance : intime, personnelle, sociale et publique. Celle qui nous intéresse plus spécifiquement ici est la première puisque c'est dans cette distance que les protagonistes de la consultation sont placés pendant l'examen. Habituellement réservée à la relation sexuelle, cette distance intime « *ne peut être pénétrée dans un espace publique ou social sans générer de la gêne ou du stress tant la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système perceptif* » (Hall, *op. cit.* : 147). A partir de l'observation des interactions dans les transports en commun aux heures d'affluence, Hall puis un peu plus tard Goffman (1973), montreront que l'orientation des regards et/ou le recours à la parole sont alors les seuls moyens pour les usagers d'instaurer une distance et réduire la gêne générée par la proximité dans laquelle ils sont placés. Ces moyens sont mobilisés de la même façon au cours de l'examen gynécologique. Si le recours à la parole à ce moment précis a pour objectif de réduire la gêne et le stress, il introduit aussi une autre dimension dans la relation entre le médecin et sa patiente. Le contenu du discours alors tenu livre des informations qui pourront constituer autant d'éléments sur lesquels le gynécologue prendra appui pour établir son diagnostic dans des situations bien particulières ainsi que nous le verrons dans la dernière partie de ce travail.

5.2.1 Se déshabiller

5.2.1.1 Circonscrire un espace

L'examen gynécologique est pratiqué dans un endroit précis de la salle de consultation ce qui exige un déplacement des protagonistes. Ce déplacement s'opère au moment du déshabillage qui constitue une phase intermédiaire et transitoire créant une rupture avec l'activité qui se déroule autour du bureau et annonce ou ouvre la séquence de l'examen. Le déshabillage dévoile le corps de la patiente qui restera dénudé pendant toute la séquence de l'examen dont la clôture sera signalée par le rhabillage de la patiente représentant de la même manière une phase transitoire vers la dernière séquence de la consultation. Nous avons vu à travers la diversité des lieux qu'une petite pièce contiguë était réservée à l'examen gynécologique dans certains cabinets. Dans ces cas précis, le déshabillage s'effectue également dans cette pièce. Dans les autres, parce que rien n'indique matériellement un endroit spécifiquement attribué à cette activité, le déshabillage génère très souvent des malentendus ainsi qu'une gêne importante pour les protagonistes. Les études menées sur les consultations de généralistes montrent qu'afin de gérer cette gêne, les médecins : « *ne regardent pas les patients s'habiller ou se déshabiller, mais se livrent plutôt à une autre occupation telle que lire les dossiers médicaux ou préparer le matériel pour l'examen* » (Heath, 1993 : 83).

De la même façon, le gynécologue quitte généralement son bureau au moment où la femme commence à se dévêtir afin de préparer l'examen. Cela a pour conséquence qu'il ne porte pas son regard sur la patiente. Cela ne veut pas dire qu'il ne la voit pas étant donné l'exiguïté de la pièce, mais son regard n'est pas dirigé vers elle dans l'intention de la regarder. Détourner le regard constitue une stratégie d'évitement permettant au médecin de se maintenir dans son rôle et de ne pas apparaître à ses yeux et à ceux de la patiente dans le rôle de voyeur ou de juge.

Désigner un endroit précis de la pièce pour effectuer ce déshabillage participe certainement aussi de cette volonté en ce que cet endroit est éloigné du bureau. Le Dr M. (homme) et le Dr. G. (femme) invitent systématiquement leurs patientes à se déshabiller derrière le paravent lorsque celles-ci s'appêtent à le faire près du bureau : « *déshabillez-vous là-bas, vous serez plus tranquille* » ou « *vous pouvez vous défaire à côté, vous serez mieux* ». Étant donné la

taille du paravent, particulièrement petite, et l'exiguïté de la pièce, ce paravent n'a d'autre fonction que symbolique. D'autant, qu'en disant cela, les gynécologues se dirigent vers la table d'examen qui se situe à proximité de ce paravent et voient, de ce fait, la patiente se déshabiller. Ce n'est donc pas tant le fait que le gynécologue voie sa patiente se dévêtir qui est en jeu, que le fait qu'elle le fasse dans un endroit auquel est attribuée une autre fonction. On le sait, ce sont les moments de rupture d'un ordre établi qui peuvent efficacement révéler des règles ou des enjeux implicitement intégrés et respectés. C'est ainsi que l'idée d'un découpage précis de l'espace a pu être vérifié et confirmé au cours de plusieurs consultations.

Quoi, là, debout ?!

Les résultats d'une mammographie constituaient le sujet de la consultation. Ayant pratiqué un examen gynécologique quinze jours plus tôt, le gynécologue explique à sa patiente qu'il ne lui examinerait que les seins. Alors que celle-ci se dirige vers la table d'examen pour se dévêtir, le médecin l'interpelle : « *non, restez là !* » Surprise et confuse, la patiente ne savait visiblement plus quoi faire. Lorsque le Dr. D. lui a demandé alors de soulever son chemisier et son soutien-gorge, elle s'est exclamé « *quoi, là debout ?* » ce à quoi il a répondu : « *oui, oui, je regarde juste vos seins !* » (Interaction entre le Dr D. et une patiente de 40 ans)

Le corps était dénudé à un endroit où il ne l'est pas d'ordinaire et de plus dans une position inhabituelle. Dévoiler sa poitrine devant le médecin à cet endroit générerait une gêne évidente pour la patiente, cet acte étant d'avantage associé à une forme d'exhibition qu'au simple dévoilement du corps pour l'exercice d'une pratique médicale. Le caractère exceptionnel de la situation crée une rupture des conventions implicitement établies et par conséquent une rupture de cadre, le cadre sexuel ou érotique pouvant très rapidement se substituer au cadre médical. Par son étonnement et son questionnement, la patiente amène le gynécologue à justifier sa demande « extra-ordinaire » afin de s'assurer qu'il n'a pas changé de cadre ni quitté son rôle. Le déshabillage représente une phase transitoire pendant laquelle est rappelé le danger que représente un tel glissement, danger qui sera présent tout au long de cette séquence. Ce que Goffman soulignait à propos du corps prend ici tout son sens :

« Ressource omniprésente, le corps ne saurait faire l'objet d'une lecture à sens unique et d'un seul cadre primaire [ici le cadre médical]. Avec le corps se pose la question de la maintenance

du cadre, tout comme les différentes substances qu'il rejette et ses mouvements involontaires poseront la limite du cadre et des tensions dont il fait l'objet » (1974 : 45)

Maintenir le cadre consiste effectivement à maintenir dans un espace délimité non seulement le corps mais également ses rejets, ainsi que le soulignait Cécile (22 ans) en ces termes :

« A chaque activité, un lieu bien défini. C'est important. Chez ma gynéco c'est bien parce qu'on se déshabille dans les toilettes qui sont dans un coin près de là où elle m'examine et l'endroit où elle fait l'examen est derrière un mur qui sépare du bureau.[Cécile me fait un dessin pour illustrer ses propos] Elle passe de l'autre côté du mur que quand je suis installée sur la table d'examen. Jamais avant. Moi je trouve ça bien. Eh puis comme ça, on trouve pas de poils ou de cheveux près du bureau. Ça, je supporterais pas, ça ferait sale alors que s'il peut y en avoir, je n'en ai jamais vu, là où on fait l'examen ça serait plus logique à la rigueur ».

Rejetés dans un endroit où le corps n'a pas sa place, les déchets corporels viennent menacer l'ordre établi (Douglas, 1971).

Maintenir le cadre consiste aussi à effectuer le déshabillage sur un rythme qui ne puisse pas offrir une lecture à partir du cadre sexuel ou érotique. Le rythme sur lequel les femmes exécutent leur déshabillage peut susciter des commentaires de la part des médecins qu'ils soient homme ou femme. Le rythme très lent sur lequel se dévêtissent des femmes âgées (au delà de 60 ans) est respecté par le médecin qui attend alors patiemment d'autant que celles-ci s'en excusent :

Henriette (84 ans) : *« Eh puis ce que j'ai attrapé avec l'âge c'est la lenteur. J'ai beau faire des efforts, il n'y a rien à faire. Je m'excuse »*

Dr D. : *« je vous en prie, prenez votre temps. »*

Pour les femmes plus jeunes, au contraire cette lenteur est réprimée, bousculée par les interpellations du médecin : *« allez, enlevez moi tout ça ! »* (Dr H., femme) ou encore *« allez, vous n'allez quand même pas nous faire un strip-tease ! »* (Dr K., femme). Légitimée par le grand âge d'Henriette, la lenteur génère des soupçons lorsqu'elle est le fait de femmes plus jeunes rappelant toute l'ambiguïté qui est associée au déshabillage des femmes et faisant naître un sentiment de gêne que l'accélération du rythme permet d'effacer.

La femme se déshabille généralement regard baissé, concentrée sur l'exécution technique. Elle dévoile à ce moment là des sous-vêtements dont la grande majorité sont blancs en coton et sans dentelle. Culotte et soutien-gorge sont coordonnés. En faisant le choix de ce textile et de cette couleur, les femmes donnent à voir l'image d'une certaine hygiène corporelle et affichent surtout la volonté de neutraliser la fonction érotique du sous-vêtement, le coton et la couleur blanche étant symboles de pureté. De plus, par le choix de ces sous-vêtements, les femmes affichent une maîtrise des codes et du langage des couleurs et des matières de la lingerie féminine. Dans le cadre d'un séminaire⁸⁴, un médecin urgentiste soulignait qu'il était très fréquent que les femmes s'excusent auprès de l'équipe médicale de n'avoir pas eu le temps de revêtir des sous-vêtements plus appropriés lorsqu'elles portent des ensembles transparents ou des strings. Si neutraliser la fonction érotique du sous-vêtement participe au maintien du cadre médical, le recours aux codes pour y parvenir se fait de façon plus ou moins consciente. En effet, l'entretien a constitué pour la plupart des femmes une prise de conscience du fait que « spontanément » ou « instinctivement » elles se paraient pour la consultation. Elles réalisaient aussi choisir pour cette occasion des tenues ayant la particularité de se retirer rapidement et simplement ainsi que des chaussures de préférence sans lacet afin de pouvoir les ôter puis les remettre facilement.

5.2.1.2 Négocier un rempart à la nudité

Les vêtements retirés varient d'une femme à l'autre mais aussi en fonction des gynécologues. Si sept parmi ceux observés exigeaient la nudité complète, les deux autres laissaient une place à la négociation. Ainsi est-il arrivé que des femmes, toutes classes sociales ou origines culturelles confondues, ne retirent que pantalon et culotte ou uniquement la culotte si elles étaient en jupe. Lorsque le médecin ne rappelle pas ses exigences, alors même que les femmes sont des patientes régulières du gynécologue en question et sont de ce fait censées connaître les exigences du médecin, elles peuvent demander confirmation sur ce qu'elles doivent retirer comme en témoigne cette interaction entre le Dr M. (homme) et une patiente âgée de 54 ans :

⁸⁴ Séminaire dans le cadre de la formation des maîtres de stage en médecine générale de l'école de médecine de Paris V, dirigé par G. Bloy et tenu à l'hôpital Necker le 24/05/07.

Dr M. : « *Il va falloir vous défaire parce que je vais vous examiner* »

La patiente : « *J'enlève la jupe ?* »

Dr M. : « *Oui* »

La patiente : « *Je garde le haut ?* »

Dr M. : « *Non, je vais aussi examiner vos seins* »

Par cet énoncé verbal, la femme non seulement demande confirmation sur ce qu'elle doit retirer mais elle formule aussi la requête de pouvoir garder quelques vêtements. Bien plus que la manifestation de respecter la démarche à suivre, cette demande d'autorisation à garder quelques vêtements est l'expression de l'importante gêne occasionnée par la nudité complète. La difficulté avec laquelle la patiente se résout à retirer la culotte lorsque le médecin exige la nudité totale en est également le signe. A plusieurs reprises des patientes sont arrivées sur la table d'examen encore vêtues de leur culotte. La plaisanterie ou le rire est alors le biais adopté par le médecin pour dédramatiser la situation : « *je sais que je suis super doué mais je n'ai encore jamais réussi à travers la culotte !* » faisait remarquer le Dr. D. à sa patiente qui s'est alors esclaffée. En entretien, les gynécologues ont spontanément mentionné cette difficulté toujours sur un ton amusé. Natacha rapporte qu'une gynécologue consultée avait précisé ce qu'elle devait faire de son sous-vêtement en ces termes :

« *Bon avant [l'examen] elle me dit il faut enlever le pantalon et la culotte et votre culotte vous la posez où vous voulez, par terre, sur la chaise. Et je reste avec mes chaussettes, sans pantalon et sans culotte !* [rires]. »

Les vêtements retirés sont posés sans difficulté sur la chaise mise à la disposition des patientes à cet effet. En revanche, la culotte pose souvent problème ainsi que le soulignait déjà Henslin :

« *After the patient has removed her panties and/or girdle, the problem for her is what to do with them [...] The favourite hiding or covering seems to be in or under the purse [...] It is rare that a woman leaves her panties exposed somewhere in the room* » (1971 : 257).

En effet, après avoir jeté des regards furtifs alentour à la recherche de l'endroit idéal, les femmes hésitent entre la déposer sur la pile de vêtements en s'assurant qu'elle ne pourra pas en tomber, ou la garder à la main. Invisible sous le vêtement, bien que de plus en plus exposée

aux regards avec l'usage des strings (Mardon, 2002), la culotte doit rester invisible ou tout au moins le moins visible possible. La culotte représente aussi l'intimité du corps de la femme en étant l'extension de son « self » (Henslin, *op. cit.* : 257). Ne pas vouloir l'exposer à la vue des autres, c'est aussi ne pas vouloir prendre le risque de dévoiler des marques d'humeurs corporelles dont elle pourrait être porteuse, humeurs considérées alors comme impures et potentiellement contaminantes dès lors qu'elles ne seraient pas maintenues à leur place en venant menacer l'ordre des choses (Douglas, *op. cit.*). C'est également ne pas vouloir exposer la culotte et par conséquent sa propriétaire à la contamination potentielle dont pourraient être porteurs les objets au contact desquels elle serait exposée. De plus, porter à la vue une culotte révélant des traces d'humeurs corporelles constitue aussi une mise en cause potentielle de l'hygiène corporelle. Par ailleurs, retirée en dernier, elle représente aussi le dernier rempart à la nudité auquel se raccroche la patiente en la gardant très souvent à la main.

Les codes qui régissent le déshabillage ont pour fonction de préparer les acteurs à entrer dans la séquence de l'examen en ayant endossé le bon rôle. Dans les recherches précédemment mentionnées, la difficulté des femmes à se dévêtir dans la consultation était directement liée à la question du genre. Il apparaît dans le cadre de nos observations que la gêne est tout aussi présente lorsque le médecin est une femme tant pour la patiente que pour le gynécologue. En témoignent les regards que m'adressaient les patientes à ce moment là. Yeux levés au ciel accompagnés de soupirs, elles signifiaient tant leur appréhension que leurs difficultés à se résoudre à cet exercice en même temps qu'elles cherchaient à obtenir un soutien de ma part en retour et ce, quelle que soit l'identité sexuelle du gynécologue.

Considérer que le déshabillage comporte un risque de glissement du cadre médical au cadre sexuel uniquement lorsqu'il se fait en présence d'un homme revient à faire l'impasse sur l'homosexualité féminine et par conséquent à n'envisager la sexualité que dans sa dimension hétérosexuelle. Par ailleurs, nous l'avons déjà évoqué à propos du choix du gynécologue, les femmes affirment redouter le regard critique que les gynécologues féminins tendraient à porter sur le corps dénudé de leurs patientes. Comme Elisabeth, des femmes ont souligné en entretien ne pas supporter le regard critique que poserait les gynécologues femmes sur leur corps dénudé. Il ne serait non seulement pas plus facile pour une femme de se dénuder devant une autre femme mais serait même plus difficile parce que « *on se sent jugée. Elles font sentir leur supériorité* ». Les commentaires du Dr H. (femme) sur le corps de ses patientes lorsque celles-ci ont quitté la salle de consultation pourraient être, à ce titre, révélateurs :

« Quand même elles ont pas de beaux seins. C'est vrai, ils sont moches. Elles ne s'entretiennent pas, elles se laissent aller ! »

Si aucun homme gynécologue ne s'est laissé aller à ce genre de commentaire lors des observations, c'est certainement lié au fait que je suis moi-même une femme et cela ne signifie aucunement qu'ils ne portent pas de regard critique sur le corps de leurs patientes. Il suffit de lire les récits faits en salle de garde pour comprendre que les médecins masculins ne restent pas insensibles à la vue du corps de leurs patientes⁸⁵. Néanmoins, alors que les regards des gynécologues féminins sont perçus comme des jugements critiques et la manifestation d'un sentiment de supériorité par les femmes, s'ils émanaient de la part d'un homme ils conduiraient à soupçonner celui-ci de se placer sur un autre registre ou dans un autre statut que celui de médecin. La compétence technique connue et reconnue dans le milieu professionnelle⁸⁶ mais aussi auprès des publics peut sans doute donner le sentiment aux médecins de pouvoir sortir de leur rôle en ayant des gestes révélant un jugement sur le corps de la patiente comme le Pr F. qui ne manquait pas de pincer les bourrelets de ses patientes, comme je l'ai déjà évoqué, sans que celles-ci s'en offusquent, trop contentes d'avoir l'assurance d'être bien suivies ou soignées.

Contrairement aux idées reçues, il apparaît qu'il n'est pas plus facile pour une femme de se dénuder devant une autre femme. Le sexe du gynécologue n'apparaît pas pour autant comme une variable neutre, au contraire. Simplement les enjeux relatifs aux deux sexes ne sont pas les mêmes. Nous y reviendrons dans la troisième partie.

Déshabillée, la patiente rompt très souvent le silence qui s'était instauré, par l'expression verbale de son aversion pour l'examen qui s'annonce :

« Ah là, là, c'est vraiment pas drôle. Vous savez, je suis toujours aussi difficile à examiner »
(patiente (40 ans) du Dr H.)

« Il y a deux spécialités dont j'ai horreur : le dentiste et vous » (patiente (50 ans) du Dr K.)

« Vous êtes sûre qu'il faut vraiment le faire ? » (patiente (45 ans) du Dr G.)

⁸⁵ Exemples de ces récits

⁸⁶ Ainsi que le souligne Hughes « la réputation d'une qualification particulière neutralisant alors les autres traits. La ligne peut également être franchie lorsqu'un médecin acquiert une telle réputation que son cabinet devient une sorte de lieu saint où s'accomplissent les cures miraculeuses de la dernière chance [...] (1996)

« Je vous aime bien mais c'est tellement l'horreur cet examen que je préférerais ne jamais vous voir » (patiente (44 ans) du Dr M.)

« Vous êtes une des rares personnes qu'on est heureux de quitter. Vous ne pouvez pas imaginer ma joie de vous quitter » (patiente (61 ans) du Dr D.)

Tel un exutoire de stress et de gêne, ces énoncés verbaux ont pour effet d'amener le gynécologue à rassurer sa patiente : *ne vous en faites pas, tout va bien se passer* (Dr D., homme) et à dédramatiser l'examen en faisant une nouvelle fois appel à la plaisanterie : *ah, moi c'est pareil, j'ai horreur du dentiste. C'est quand même bien plus sympa ici* (Dr H., femme).

Le stress généré par cet examen peut dans certains cas nécessiter le recours à la médication ainsi qu'en témoignent les propos de Sophie (44 ans) :

« Ah c'est l'horreur cet examen. Maintenant je prends un Attarax pour me détendre avant d'aller à la consultation parce que sinon elle ne peut pas m'examiner : impossible. Je suis tellement contractée qu'elle ne peut même pas mettre son machin, le ...spéculum même un petit [...]. »

Les gynécologues prescrivent, en effet, ce genre de médication afin de permettre aux patientes de se faire examiner mais aussi au médecin de pouvoir pratiquer plus facilement l'examen ainsi qu'en témoigne cet échange entre le Dr H. et une patiente âgée de 48 ans :

La patiente : *« Ah, je n'aime vraiment pas cet examen ! »*

Dr H. : *« Bon, quand vous viendrez changer votre stérilet »*

La patiente : [interrompant le médecin] *« Ah, oui, je ne sais pas comment je vais faire ! »*

Dr H. : *« Ben, je vous donnerai un Attarax. Vous serez détendue et comme ça j'arriverai à travailler ! »*

5.2.2 L'examen gynécologique

La pratique de l'examen met en scène à la fois le corps de la patiente et le corps du gynécologue à travers un ensemble de postures et de gestes. Composé de plusieurs étapes, l'examen gynécologique est très technique. Si la technicité que requiert son exécution n'est

pas à démontrer ici, l'observation permet de montrer qu'elle n'est pas seule à l'œuvre ni en jeu d'une part et qu'elle s'accompagne d'actes variables et variés selon les gynécologues d'autre part. Afin de conduire une observation rigoureuse et d'en faire l'analyse, il s'agissait de regarder (toujours à distance et avec discrétion) non seulement comment les corps des femmes étaient examinés mais aussi de voir quelles étaient les implications des impératifs techniques à la fois sur la position des corps des deux protagonistes mais également sur l'interaction entre la patiente et le médecin placés tous deux dans une position particulière faisant implicitement référence au registre sexuel.

Le gynécologue demande à la patiente de se placer sur la table d'examen, les fesses à une extrémité, la tête à l'autre, jambes relevées et écartées que des étriers, dont la hauteur et l'écartement sont réglables, permettent de maintenir dans cette position. Ainsi positionnée, la patiente expose son sexe au gynécologue qui lui fait face. Avant de procéder à l'examen, le Dr B. (femme) justifiait le réglage des étriers ainsi :

Dr B. : « Attendez, je vais régler les étriers comme ça vous serez quand même beaucoup plus à l'aise. »

La patiente : « Hum, pas vraiment »

Dr B. : « En tous cas c'est plus pratique pour moi »

Ce faisant la gynécologue écartait les étriers obligeant la patiente à écarter beaucoup plus les jambes de manière à exposer son sexe plus largement. Cette position entraîne une gêne pour la patiente mais aussi pour le gynécologue comme nous allons le voir, même si cette gêne est beaucoup plus difficile à percevoir. Cette position faisant implicitement référence au registre sexuel place les protagonistes dans une « distance intime ».

« A cette distance particulière, la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système perceptif. La vision, l'odeur et la chaleur du corps de l'autre, le rythme de sa respiration [...] constituent ensemble les signes irréfutables d'une relation d'engagement avec un autre corps. Cette distance est celle de l'acte sexuel [...]. Le contact physique ou son imminence vraisemblable domine la conscience des partenaires. »
(Hall, 1971 : 147).

Les guides pratiques de gynécologie de littérature française ne mentionnent pas cette dimension de l'examen. Ce n'est que dans la littérature anglo-saxonne et plus particulièrement nord-américaine qu'il est fait mention de cet aspect de la pratique médicale. Ainsi on peut lire à propos de l'examen clinique en général :

« Le fait de toucher les régions intimes du corps d'un patient et de provoquer sa gêne ne peut que provoquer une inquiétude particulière. Il est inévitable que vous soyez anxieux. Avec le temps cependant, la compétence et la confiance en soi [...] vous vous habituez au contact physique, devenez ingénieux pour réduire la gêne du patient et plus conscient de ses réactions que de vos propres sensations. » (Bates, 1992 : 120).

La gêne ressentie par la patiente est également mise en avant concernant l'exploration des organes génitaux :

« La plupart des étudiants sont anxieux, embarrassés ou gênés quand ils examinent pour la première fois les organes génitaux d'une autre personne. De la même manière, les patientes abordent l'examen avec leurs propres soucis. [...] Installez la patiente et couvrez-la correctement. [...] Le drap doit recouvrir les cuisses et les genoux. Quand il est creusé au milieu le médecin et la patiente peuvent se voir » (op. cit. : 388).

On le voit, une attention particulière est accordée à la gêne provoquée par la nudité du corps pour la patiente mais aussi pour le médecin et afin de la réduire, il est préconisé de recouvrir la patiente d'un drap. Ce n'est pas le cas dans la consultation française pour laquelle les protagonistes vont mobiliser, consciemment ou inconsciemment comme nous l'avons vu pour le déshabillage, d'autres moyens afin de réduire cette gêne et permettre au gynécologue d'exercer sa pratique et à la patiente de s'y soumettre.

5.2.2.1 Mises à distance corporelle

Pendant l'examen tout est mis en œuvre par le médecin pour que les corps ne rentrent pas en contact. Assis sur un tabouret à roulettes, le gynécologue se tient à distance du corps de la patiente de façon à pouvoir pratiquer l'examen bras tendus. Si cela répond à un impératif technique rappelé dans les guides pratiques (sans néanmoins d'explicitation), cela a aussi pour effet de permettre au gynécologue de ne jamais rentrer en contact physique avec le corps de sa patiente à l'exception de la main qui va explorer ou effectuer les gestes techniques.

Tous les médecins observés se lavent les mains avant et après chaque examen, témoignant ainsi d'une prise en charge de la contamination potentielle des corps en contact et du respect des règles d'asepsie.

Les règles d'asepsie

Un ensemble de règles issues du code de la santé publique encadrent à la fois l'hygiène des soins, le traitement des dispositifs médicaux utilisés en gynécologie et plus globalement l'engagement déontologique du médecin qui se doit de veiller à la sécurité des personnes examinées. A travers la lecture de ces codes, il apparaît que la spécificité de la gynécologie en matière d'asepsie repose sur la présence de la flore vaginale particulièrement riche. Elle est, en période d'activité vaginale, constituée de bactéries dont la prolifération est empêchée par l'acidité naturelle de la cavité (acidité provenant de la dégradation du glycogène par les bacilles de Doderlein). Cette flore peut être néanmoins fréquemment modifiée par la présence de micro-organismes pathogènes d'origine diverse (bactérienne, virale ou liée à un déséquilibre de la flore), transmissibles, certes par voie sexuelle mais également par transmission croisée via le matériel, les mains et les surfaces. Un ensemble de règles a donc été établi visant à prévenir les risques infectieux même si les risques de transmission croisée lors des soins sont peu documentés et finalement relativement faibles. Ainsi, il est demandé aux médecins de : se laver les mains avant et après chaque soin, mettre des gants pour les mains en contact avec les muqueuses, utiliser du matériel d'examen à usage unique, recouvrir la table d'examen de papier jetable. Ces dispositifs tendent à se renforcer. J'ai récemment pu observer que certains des outils utilisés par le gynécologue lors de la pose du stérilet notamment ont été remplacés par les ustensiles en plastiques jetables donc à usage

unique : pince endocole, ciseaux, utilisation de trois spéculums pour une pose. Les gynécologues contestent ces nouveaux règlements en mettant en avant le fait que le matériel plastique est beaucoup moins performant et que cela n'est en rien respectueux de l'environnement au regard des déchets que cela génère.

Tous les gynécologues ne mettent pas de gants pour effectuer l'examen gynécologique. Ceux qui en portent, n'en revêtent que la main gauche qui va écarter les petites lèvres, geste destiné à faciliter l'introduction du spéculum dans le vagin de la patiente. Pour cette étape de l'examen, seule la main gauche entre en contact direct avec le corps de la patiente et plus particulièrement ici avec les humeurs ou sécrétions vaginales.

Un autre gant, le doigtier, est ensuite utilisé pour réaliser le toucher vaginal qui consiste à explorer les organes pelviens par l'introduction de un ou deux doigts gantés dans le vagin et par la pression de la main gauche sur la paroi abdominale. La main gauche ne porte alors jamais de gants pour effectuer ce geste alors même qu'elle est, là encore, en contact direct avec le corps de la patiente puisque posée sur l'abdomen de celle-ci. Les gants sont également absents de l'examen des seins effectué une fois l'examen au spéculum et le toucher vaginal terminés. Cette pratique n'a été démentie qu'une seule fois par un interne de garde aux urgences gynécologiques. Celui-ci, visiblement très mal à l'aise à considérer les rougeurs apparues sur son visage, s'est muni de gants pour chaque main et pour chaque phase de l'examen y compris pour la palpation des seins, en prenant soin de les changer pour cette dernière étape. Si l'on est tenté de considérer le port du gant comme le signe exclusif d'une prise en charge des risques de contamination des corps en contact et de mise à distance des humeurs corporelles de la femme, l'exemple de l'interne souligne que le gant peut être aussi un moyen mobilisé afin de mettre à distance le corps de l'autre ainsi que la dimension érotique et sensuelle ou encore l'effet repoussoir que peut susciter le contact charnel permettant ainsi de rester dans le cadre et de maintenir le rôle. On peut noter au passage « *la prééminence de la main droite* »⁸⁷ pour les gestes et les actes à accomplir pour cet examen, la

⁸⁷ « À la main droite vont les honneurs, les désignations flatteuses, les prérogatives : elle agit, elle ordonne, elle prend. Au contraire, la main gauche est méprisée et réduite au rôle d'humble auxiliaire : elle ne peut rien par elle-même ; elle assiste, elle seconde, elle tient.[...] C'est que la droiterie n'est pas simplement acceptée, subie, à la façon d'une nécessité naturelle ; elle est un idéal auquel chacun doit se conformer et dont la société nous impose le respect par des sanctions positives. L'enfant qui se sert activement de sa main gauche est réprimandé, quand il ne reçoit pas une tape sur la main téméraire ; de même, le fait d'être gaucher est un délit, qui attire sur le coupable le ridicule et une réprobation sociale plus ou moins explicite. [...] La prépondérance de la main droite est obligatoire, imposée par la contrainte, garantie par des sanctions ; par contre, un véritable interdit pèse sur la main gauche et la paralyse. La différence de valeur et de fonction qui existe entre les deux côtés de notre corps présente donc au plus haut point les caractères d'une institution sociale ; et l'étude qui veut en

main droite étant celle qui effectue les actes, la gauche venant lui servir d'appui. Dans les manuels ou les guides de pratique gynécologique, il est toujours précisé avec insistance que c'est avec la main droite que l'examen doit être effectué tant pour l'introduction du spéculum que pour le toucher vaginal alors même que réaliser le toucher vaginal de la main droite semble constituer un risque comme on peut le lire dans « Gynécologie pour le praticien » :

« L'examen avec la main droite ne permet de bien examiner que la moitié droite du pelvis [...] d'où la nécessité d'examiner souvent avec les deux mains successivement pour ne pas méconnaître une lésion [...]. » (1999 : 12).

Des gynécologues observés, aucun n'a effectué l'examen deux fois en changeant de main certainement parce que le doubler pourrait être interprété comme un excès. Cela aurait également pour conséquence d'accroître la gêne, et d'augmenter aussi le temps consacré à l'examen, le médecin encourant alors le risque de dépasser le cadre temporel défini. Par ailleurs, la préférence pour la main droite ne s'accompagne jamais de justification technique laissant hypothéquer la force de la prééminence de la main droite comme norme incorporée.

Ne pas se regarder

Nous avons vu pour le déshabillage que détourner le regard constituait une stratégie d'évitement permettant au médecin de se maintenir dans son rôle et de ne pas apparaître à ses yeux et à ceux de la patiente dans le rôle de voyeur ou de juge.

Pendant les différentes phases de l'examen, le regard de la patiente ne croise généralement pas celui du médecin. Si le médecin peut la regarder pendant qu'il pratique l'examen en relevant la tête, plus il se rapproche de son visage dans les phases qui suivent, plus son regard est porté au loin. Le toucher vaginal implique que le médecin se mette en position debout le corps légèrement incliné vers celui de la patiente. La proximité est de ce fait beaucoup plus importante. Pour l'examen des seins, la patiente peut selon les médecins rester en position allongée, il lui est cependant plus généralement demandé de s'asseoir sur le bord de la table. A ce moment là, le gynécologue concentre son regard sur les seins qu'il examine en

rendre compte relève de la sociologie. Plus précisément, il s'agit de retracer la genèse d'un impératif mi-esthétique, mi-moral. Or, c'est sous une forme mystique, sous l'empire de croyances et d'émotions religieuses que sont nés et ont grandi les idéaux qui, laïcisés, dominent encore aujourd'hui notre conduite. » (Hertz, 1928 : 94-99)

demandant à la patiente de prendre différentes postures (bras levés, bras repliés sur les hanches, buste penché en avant). La nature des actes pratiqués sur ou dans le corps ainsi que la distance dans laquelle sont placés les corps des protagonistes entraînent une gêne plus ou moins importante. Si la parole suffit à gérer cette gêne pendant l'examen vaginal comme nous allons le voir, elle s'accompagne toujours d'une stratégie d'évitement des regards lorsque les visages sont proches.

Parler aussi d'autre chose

Le caractère légitime des actes, des gestes et des postures requis pour cet examen ne confère pas pour autant une parfaite aisance au praticien. Cette gêne peut être très explicitement exprimée à la manière du Dr M. (homme) évaluant l'incontinence urinaire d'une de ses patientes âgée de 84 ans : « *excusez moi Madame...pardon....excusez moi Madame* ». L'âge de la patiente constitue, de la même façon que pour le rythme sur lequel s'effectue le déshabillage, une variable importante dans le degré d'aisance du professionnel. En effet, l'âge plus élevé de la patiente amène dans la plus part des cas les médecins à exprimer des formules d'excuses polies comme le Dr M. cité plus haut. Certains examens sont réalisés dans le silence, la majorité s'accompagne de la parole. Cette parole peut venir en appui des actes pratiqués alors sur ou dans le corps : « *ne bougez pas* » ; « *poussez, poussez fort* » ; « *détendez-vous* ». Par la parole, le gynécologue peut aussi évoquer à ce moment là l'état de santé de la patiente ou décrire ce qu'il voit : « *c'est là que ça fait mal ?* » ; « *ah, oui, vous avez une belle mycose !* » ou encore compléter son interrogatoire : « *rappelez moi, votre mère avait eu un cancer du sein ?* ».

Néanmoins, au moment de l'examen, les sujets abordés sont plus généralement éloignés du corps. Le Dr H. (femme) demande ainsi à une patiente si elle peint toujours et si elle a une exposition en perspective. Le Dr D. (homme) s'enquiert du travail de sa patiente et du stress qui semble le caractériser. Le Dr G. (femme) rappelle à sa patiente qu'elle lui avait parlé lors de la dernière visite d'un voyage qu'elle devait faire, etc. En abordant de tels sujets au cours de l'examen, le gynécologue détourne l'attention des patientes des actes qui sont alors pratiqués. La parole est ici mobilisée comme une « *arme défensive qui permet de retirer toute vraie intimité à l'espace intime* » (Hall, 1971 : 149). Afin d'éviter la gêne pour celle qui subit

cette intrusion comme pour celui qui la provoque, la parole revêt une fonction « réparatrice » (Goffman, 1973). Le plus souvent initiées par le gynécologue surtout lors d'un premier rendez-vous, ces discussions qui ont pour effet de mettre à distance les actes alors pratiqués sur le corps et ainsi de neutraliser l'intime et réduire la gêne, introduisent aussi, comme nous le verrons plus loin, une autre dimension dans l'interaction.

5.2.2.2 La parole d'une fonction l'autre

Comme on vient de le voir, la parole est mobilisée telle « une arme défensive » aux moments les plus critiques de la consultation à savoir le déshabillage et l'examen gynécologique et revêt une fonction « réparatrice ». Elle prend alors plusieurs formes, les plus courantes étant la plaisanterie ou l'évocation de thématiques très éloignées du corps. Le plus souvent initiées par le gynécologue, surtout lors d'un premier rendez-vous, ces discussions ont pour effet de mettre à distance les actes pratiqués dans le corps. Qualifiées de « discours extra-médical » (Lacoste, 1993 : 22), elles ne semblent pas avoir retenu l'attention des sociologues alors même que l'analyse de leur contenu permet de faire apparaître dans le cadre de la consultation gynécologique une fonction dans la relation entre la patiente et le médecin. Par leurs questions telles que : *rappelez moi votre profession ; vos enfants marchent bien à l'école ?*, les gynécologues amènent à ce moment là les patientes à parler de leur vie professionnelle et/ou familiale. Instaurant un climat de confiance et une dimension plus humaine comme le souligne Amélie qui regrette de n'avoir qu'une consultation technique :

« J'aimerais bien que ma gynéco me pose des questions sur ce que je fais dans la vie car autrement j'ai l'impression de n'être qu'un corps, qu'un utérus ! »

Naît alors une relation particulière que renforce l'inscription régulière dans le temps (tous les six mois ou tous les ans). Les femmes, inscrites dans un suivi régulier, vont-elles aussi spontanément donner des nouvelles de leurs enfants, raconter des événements récents, poursuivre la narration d'une histoire familiale :

« Je vous avais dit que ma fille est enceinte, elle m'inquiète, elle est tellement grosse [...] » (patiente du Dr H.)

« Vous savez ma nièce, elle est revenue et avec un bébé [...] » (patiente du Dr K.)

« *Mon père est en Centrafrique du coup ma mère est en dépression [...]* » (patiente du Dr D.)

En entretien, des femmes comme Juliette (35 ans) m'ont dit attendre avec impatience leur prochain rendez-vous :

« *J'étais vraiment contente de la voir car je voulais lui raconter mon accouchement et puis j'étais toute heureuse de lui présenter ma fille ! [...].* »

Ces paroles sont qualifiées de confidences par les gynécologues : *elles font des confidences ; elles confient parfois des choses très intimes*. Au regard des travaux de C. Bidart (1998) sur la confiance, il apparaît que plusieurs conditions sont en effet réunies dans la consultation pour que des paroles confidentes ou intimes puissent s'y exprimer. En effet, cette parole s'inscrit sous le sceau du secret, ici professionnel, et prend racine dans une situation de crise tels que peuvent être entendus les motifs de la consultation ou tout simplement la consultation en elle-même au regard de la gêne qu'elle occasionne. Mais ces conditions ne sont pas suffisantes. La familiarité nécessaire à l'expression de la confiance (Goffman, 1973 : 185) est construite par les patientes afin d'asseoir leur légitimité à dire et à se dire dans l'espace de la consultation. Plusieurs patientes ont été amenées à qualifier cette familiarité comme pour se justifier devant l'observatrice de faire de telles confidences :

« *Vous savez on est de vieux amis* » (patiente du Dr D. confiant la difficulté à gérer l'absence du mari et l'éducation de trois enfants)

« *Yasmina [la gynécologue], elle est comme une grande sœur* » (Lucile, 17 ans venue pour un test de grossesse).

Les entretiens apportent un éclairage supplémentaire. Audrey (23 ans) affirme considérer sa gynécologue comme une seconde mère. En revanche, Camille (48 ans) qui a une amie pour gynécologue, reconnaît au cours de l'entretien que la consultation gynécologique est pour elle uniquement technique et qu'il lui paraît inconcevable qu'il en soit autrement :

« *Je ne me vois pas raconter mes petites histoires de sexe à ma gynéco. J'ai confiance en elle parce qu'on se connaît depuis l'enfance, je m'en remets complètement à elle mais ça s'arrête là* »

Elisabeth (60 ans) va dans ce sens :

« Au début, je suis allée voir une copine de l'hôpital mais très vite je me suis rendue compte que je ne me sentais pas à l'aise »

Si une certaine familiarité semble nécessaire à l'expression d'une parole confidente ou intime, il s'agit d'une familiarité « fantasmée » puisqu'un véritable lien d'amitié retirant toute neutralité au gynécologue s'avère être un frein à la confiance. Il ne s'agit pas ici de nier le phénomène de « transfert » mis au jour par les études de psychologie (Hertzlich, 1970) bien qu'il relève généralement de processus inconscient. Il me paraît néanmoins plus pertinent de parler ici de familiarité « fantasmée » en ce que les femmes font référence aux figures des confidents révélés par les travaux de Bidart (1998) et ceux de Ferrand et Mounier (1993). On retrouve, en effet, les figures de la parenté comme la mère et la sœur ou l'ami.

Ces échanges de paroles « extra-médicales », qualifiées de « confidences » par les gynécologues, ont une double fonction en agissant sur la gestion de la gêne d'une part et en conférant une autre dimension à la relation entre la patiente et le médecin d'autre part. Ces paroles marquent aussi une étape dans la relation que les gynécologues dénoncent parfois comme le Dr C. (femme) :

« Je ne sais pas si j'ai envie de ça. Je les laisse parler mais ça s'arrête là. Je ne veux pas aller plus loin » (Dr C.)

« Si je les laisse faire, elles sont prêtes à rester une heure, à raconter tout » (Dr I., femme)

D'autres gynécologues au contraire apprécient cet aspect de la relation caractéristique selon eux de la consultation gynécologique :

« C'est pour ça que j'ai choisi cette spécialité, pour ce côté plus humain » (Dr C., femme)

Ces derniers insistent de plus sur l'importance de ces confidences afin d'évaluer l'état de santé de leurs patientes :

« Elles ne vont pas bien souvent parce que dans leur vie ça ne va pas » (Dr B., femme)

Nous verrons plus loin comment ces paroles exprimées dans le cadre de l'examen pourront être mobilisées par les gynécologues dans des situations de plaintes particulières pour fournir une explication aux problèmes d'ordre physiologique exprimés par les patientes. Explication souvent jugée par ailleurs insatisfaisante voire très culpabilisante pour celles qui les reçoivent. Mais avant d'y parvenir, il convient de s'attarder encore quelques instants sur ces confidences dans le sens où le contenu entendu lors des consultations se distinguait de celui annoncé par les gynécologues en entretiens.

5.2.2.3 De la confiance

En croisant les données recueillies lors des entretiens avec celles issues des observations, il est apparu que ce que les gynécologues entendaient par confiance ne correspondait ni à ce qu'il nous était donné d'entendre dans les consultations ni à ce que les femmes en rapportaient dans les entretiens.

Regardons d'un peu plus près le contenu de ces paroles. Les thèmes sont récurrents et comme je le disais plus haut, toujours éloignés du corps. La famille au sens large, les enfants, le conjoint, le travail et les loisirs sont les sujets de prédilection. Si ce sont les orientations données par les gynécologues qu'ils soient hommes ou femmes, cela déclenche souvent l'expression d'un mal être lié aux difficultés que ressentent les femmes à assumer conjointement leurs rôles de femme, de mère et d'épouse. En voici quelques exemples :

Echange entre le Dr D. (homme) et une patiente de 32 ans :

- Dr D : « *Alors est-ce que ce n'est pas plus dur d'être mère que de faire de la finance ?* »
- La patiente : « *Peut-être, oui. Mais ce qui est le plus dur c'est de faire les deux* »

Echange entre le Dr H. (femme) et une patiente de 42 ans :

- Dr H. : « *Vous êtes toujours au 4/5^e* »
- La patiente : « *Oui mais en fait cela m'empêche de progresser professionnellement. Je m'ennuie dans mon boulot, j'aimerais bien changer. Je ne sais plus quoi faire* »

Une patiente (43 ans) du Dr M. (homme) :

- « *Y a des hauts et des bas. Je n'en peux plus de gérer les gosses toutes seules. Mon mari n'est jamais là. Je suis crevée* ».

Les exemples sont nombreux. La principale difficulté de ces femmes est de concilier réussite et épanouissement personnel et professionnel avec la vie familiale dont elles assument pour nombre d'entre elles seules la gestion. Beaucoup dénoncent le 4/5^e qui les transforme en « taxi » pour certaines, passant leur mercredi à conduire les enfants à telle ou telle activité, en « ménagère » pour d'autres « *finalement je passe mes mercredi à faire du repassage et du ménage* ». Devant tant d'insatisfactions et considérant l'impact négatif sur leur parcours professionnel, plusieurs patientes ont confié avoir repris leur travail à plein temps afin d'échapper à l'emprise familiale et domestique et pour « *rééquilibrer un peu les choses* » au sein du couple.

Généralement éloignées du corps, ces discussions peuvent parfois s'en rapprocher en l'abordant dans sa dimension esthétique. Sont alors exprimés insatisfactions et incapacité à répondre aux injonctions sociales, comme en témoigne cette patiente de quarante cinq ans qui, cherchant à devancer une remarque du gynécologue occupé à l'examen des seins, annonce « *vous allez me dire que j'ai grossi, je sais bien. Je n'arrive pas à faire de régime et quand ça va pas, je compense. Je me venge sur la tablette de chocolat* ». Toujours pendant l'examen, cette autre patiente souligne amèrement « *et avec tout ça, il faudrait rester séduisante comme y disent. Ben moi je n'y arrive pas. Tout part en déconfiture !* ». Là aussi, les exemples sont nombreux. Difficultés sociales aux négociations douloureuses tant la culpabilité que ces femmes ressentent est grande, ayant le sentiment de « *ne pas être à la hauteur* ». Et sur ces sujets elles semblent, en effet, *intarissables et peuvent rester une heure* pour reprendre les propos du Dr I. (femme) cité plus haut.

L'objectif ici n'est pas tant de faire une analyse minutieuse des propos exprimés par les femmes que de montrer en quoi le contenu diffère de celui évoqué par les gynécologues lors de nos entretiens. D'après eux, ces confidences sont relatives à la sexualité de leurs patientes. Parce que les femmes interrogées lors des manifestations de rue en 1999 et 2000⁸⁸ affirmaient elles aussi parler de sexualité dans la consultation gynécologique, il convenait d'hypothéquer la présence de l'observateur pour expliquer le décalage entre le discours produit en entretien et les éléments observés. Potentiellement vécu comme une intrusion, la sociologue pouvait en effet entraver l'expression d'une certaine parole. L'analyse des témoignages des femmes obtenus lors d'entretiens ou de discussions informelles a permis d'écarter cette hypothèse ou tout au moins de la nuancer. En effet, à l'exception de deux d'entre elles, toutes affirmaient ne

⁸⁸ Manifestations pour la réhabilitation de la gynécologie médicale dans la formation médicale.

pas parler de sexualité avec leur gynécologue, comme Camille (p180), mais soulignaient en revanche apprécier le fait de parler de leur vie soit en affirmant pouvoir le faire, comme Juliette (p180), ou en exprimant le regret de justement ne pas y être invitée par le médecin, comme Amélie (p179). Dans le cadre d'un cours de DU⁸⁹, une gynécologue, après avoir affirmé qu'elle parlait toujours de sexualité dans ses consultations, réalisait finalement que cette parole sur la sexualité était produite uniquement lors des consultations dans lesquelles elle ne faisait pas d'examen gynécologique. Tout comme la parole sur le corps n'est pas possible au moment de l'examen parce que justement le corps occupe déjà toute la scène, parler de sexualité est tout autant problématique.

Par ailleurs, parler des choses de la vie quotidienne ne cadre pas avec l'activité et le rôle attendu du médecin. Le reconnaître serait peut-être pour la ou le gynécologue d'une certaine manière dévalorisant pour la profession.

S'il conviendra de revenir sur ces paroles et leur devenir dans la consultation dans notre troisième partie, il importait ici de souligner le décalage de sens conféré apparemment au terme de confiance dont il conviendra de repérer les fondements.

⁸⁹ DU PMI de Paris XIII, dans lequel nous avons fait une intervention le 28/03/07.

L'analyse des cadres et des modalités de l'interaction s'avère fructueuse puisqu'elle a permis de révéler l'impact et les enjeux des différentes composantes de la « pièce », d'une part, et qu'elle porte d'autre part à notre connaissance des éléments nouveaux à la lumière desquels plusieurs hypothèses ont pu être invalidées. Les modalités affectant la prise de rendez-vous ainsi que les caractéristiques du cadre spatio-temporel se sont avérés déterminants dans la manière dont les patientes peuvent appréhender la consultation, une large proportion d'entre elles se retrouvant dans une relation plus souvent imposée que choisie et dans laquelle elles ne se sentent par conséquent pas particulièrement à l'aise. Alors que la consultation gynécologique est présentée par les professionnels comme un espace de parole privilégié et hypothéquée comme tel dans le cadre d'études sociologiques, nous avons souligné que le temps consacré aux patientes n'excède guère les 15 à 20 minutes. Afin de parvenir à respecter cette durée, le temps de parole accordé aux consultantes est réduit au bénéfice du temps nécessaire à l'examen gynécologique qui est pratiqué de façon systématique. Signalé par un aménagement de l'espace particulièrement soigné et par ailleurs identique d'un lieu de consultation à un autre puis évoqué par les femmes interrogées comme une source de stress et d'appréhension, l'examen constitue, au même titre que le déshabillage qui le précède et l'annonce, une séquence déterminante, nous l'avons vu, pour l'ensemble de l'interaction. L'analyse de ces deux moments a permis de révéler les moyens mobilisés par les acteurs pour se maintenir dans le cadre médical et endosser le bon rôle. Nous avons vu que le déshabillage constituait une phase transitoire déterminante, concrétisant le passage d'une activité à une autre, au cours de laquelle sont rappelés les dangers relatifs à la nouvelle activité qui s'annonce et les codes permettant de les contourner ou de les éviter. Nous avons vu aussi que des techniques du corps spécifiques participaient à la gestion de la gêne induite par la proximité des corps. Afin de neutraliser la dimension intime et réduire la gêne, la parole, ainsi que nous l'avons montré, occupe non seulement une fonction particulière mais offre également un contenu spécifique. En effet, le corps envahissant déjà toute la scène, il ne peut faire l'objet du discours. La production des propos alors tenus conduit les gynécologues comme les patientes à considérer ces paroles comme des confidences dont la nature et les contenus recueillis en observation diffèrent de ce que les médecins en disent en entretien. Des éléments de réponse sur la question du genre ont également été apportés. Contrairement aux idées reçues et en opposition aux postulats implicites des études consacrées à cette consultation, la gêne générée par la nudité n'est pas moins importante lorsque le gynécologue

est une femme. En témoignaient les situations décrites dans lesquelles le gynécologue était un homme pour certaines, une femme pour d'autres. En témoignaient également les regards posés sur moi par les patientes au moment du déshabillage. En fonction de son sexe, le gynécologue se trouve renforcé dans son rôle s'il est une femme en ce que les patientes la soupçonnent de s'appuyer sur ce statut pour se permettre des regards insistants d'une part, et risque de sortir de son rôle s'il est un homme puisque porter des regards insistants sur le corps de sa patiente le ferait basculer du cadre médical au cadre érotique ou sexuel d'autre part. On peut émettre l'hypothèse que les femmes se permettent ce genre de regards aussi parce qu'elles savent ne pas encourir les mêmes risques que les hommes. De plus, que les femmes regardent le corps des autres femmes et de plus de façon plus directe, « parfois violemment critique et soupçonneux », est avéré notamment à propos des seins nus sur la plage (Kaufmann, 1998 : 124). Dans le cadre de notre troisième partie, il conviendra de tester alors l'hypothèse selon laquelle les gynécologues féminins seraient plus injonctives parce qu'en tant que femmes elles subissent elles-mêmes les injonctions sociales sur leur apparence, injonctions et contraintes qu'elles ont parfaitement intégrées et reproduisent inconsciemment. Il conviendra également d'accorder une attention particulière à la manière dont le corps est abordé dans la consultation. S'il ne peut faire l'objet du discours au moment où il est dénudé et examiné, nous verrons qu'il fait l'objet des discussions dans les autres séquences de la consultation selon toutefois des modalités tout à fait particulières. Il conviendra enfin de revenir sur les « confidences » afin d'apporter un éclairage complémentaire sur le décalage repéré quant au sens conféré à ce terme et d'en préciser les fondements. La question du genre devra bien sûr rester transversale.

3^{ème} partie : les voies de la médicalisation du corps féminin

Nous avons montré que les cadres et les modalités de la consultation avaient pour effet de placer les patientes dans une situation dans laquelle elles ne sont pas à l'aise pour la grande majorité d'entre elles et dans une relation plus souvent imposée que choisie. Pourtant, nous l'avons souligné, 60% des femmes sont inscrites dans un suivi gynécologique régulier. Si la démarche préventive ou encore la dépendance à l'ordonnance médicale pour l'obtention de la contraception ou les traitements substitutifs à la ménopause constituent des éléments d'explication, nous voudrions montrer ici qu'ils ne sont pas les seuls. L'analyse croisée des observations et des entretiens a en effet révélé des mécanismes mis en œuvre dans la consultation ou sur lesquels s'appuie le discours des gynécologues pour amener les femmes à non seulement accepter la médicalisation de leur corps mais aussi à y adhérer.

Dans un premier chapitre, nous reviendrons avec plus de précision que nous ne l'avons fait jusqu'à présent (chap. 1) sur les motifs de consultation. L'analyse de ces motifs et des circonstances dans lesquelles les femmes sont amenées à les exprimer dans cette consultation nous permettra de montrer que d'une part, la nécessité de consulter est très rarement motivée par un problème, très souvent c'est au cours de « l'interrogatoire » mené par le médecin qu'il s'en construit un, et que, d'autre part cette nécessité fait l'objet d'une transmission intergénérationnelle (de mère à fille et de fille à mère).

Dans un deuxième chapitre, l'analyse de l'objectif poursuivi par le gynécologue constituera l'angle d'approche par lequel nous montrerons comment s'articulent Savoir scientifique et savoirs profanes, normes médicales et représentations sociales et culturelles. De ces articulations émergeront des éléments de compréhension quant au processus de médicalisation du corps féminin.

La consultation de gynécologie médicale est attendue comme lieu de production de paroles sur la sexualité. Elle est en effet présentée comme telle dans la rhétorique professionnelle et les médias. En outre, les études sur la contraception et l'avortement, qui ont montré que l'efficacité contraceptive est étroitement liée aux pratiques sexuelles et au contexte affectif de leurs utilisatrices (Bajos, Ferrand, 2002), conduisent à penser cet espace comme lieu de

production de parole sur la sexualité. Pourtant, nous verrons dans un troisième chapitre que la sexualité est rarement abordée explicitement dans la consultation et que les rares fois où elle fait l'objet du discours, soit le gynécologue est un homme soit le partenaire masculin est convoqué dans le discours pour en permettre l'expression. Il apparaîtra que dans cet espace, la sexualité féminine légitime reste une sexualité hétérosexuelle, reproductive et conjugale vers laquelle est orientée la médicalisation mise en œuvre dans la consultation.

Chapitre 6 : De la nécessité de consulter en gynécologie

L'objet de ce chapitre est d'identifier les raisons qui amènent les femmes dans le cabinet de gynécologie médicale. Si les gynécologues laissent entendre que les femmes se plaignent beaucoup laissant penser que les raisons de consulter sont multiples et variées, nous voudrions montrer que la diversité des plaintes reste relative. Une attention portée sur la manière dont sont exprimés les motifs de la consultation ainsi que les moments où ils sont formulés rappelle la difficulté à dire le corps intime y compris dans ce cadre médical et laisse entrevoir que les rapports au savoir non seulement distribuent les rôles et les statuts mais tendent également à inhiber la parole des patientes qui ont peur de dire « des bêtises ». Pour la plupart inscrites dans un suivi régulier, les femmes n'ont pas d'autres motifs de consultation que le renouvellement des ordonnances et le contrôle préventif. Nous verrons que si les femmes n'ont a priori pas de raison particulière de se plaindre, l'interrogatoire mené par les gynécologues participe dans bien des cas à la construction de « plaintes ».

Par ailleurs, il apparaît que la décision de consulter n'appartient pas toujours à la patiente. Deux moments de la physiologie féminine ont été repérés comme faisant l'objet d'une transmission intergénérationnelle de la nécessité de consulter : la puberté et la ménopause. Nous verrons que si les mères peuvent amener leur fille en consultation, des mères font leur « entrée en gynécologie » au moment de la ménopause sur les conseils de leur fille.

En d'autres termes, ce chapitre a pour vocation, un peu à la manière d'un préambule, de souligner que les femmes ont parfaitement intégré la nécessité de consulter en gynécologie avant de nous intéresser aux mécanismes mis en œuvre dans cette consultation pour amener les femmes à non seulement accepter mais également adhérer à la médicalisation de leur corps.

6.1 Les plaintes en gynécologie et leur construction

Dans le jargon médical les motifs de consultation sont désignés par le terme « plaintes ». Le Dr D. (homme) avait d'ailleurs souvent l'habitude de débiter sa consultation par cette question : « *alors est-ce que vous vous plaignez aujourd'hui ?* » ou encore « *vous vous*

plaignez ou c'est juste de la routine ? ». Les médecins rencontrés sont unanimes, même s'il faut bien le reconnaître, ce sont les hommes qui le rappellent avec plus de force : « *elles se plaignent tout le temps* ». Le Dr F. (homme) lors de notre première entrevue se proposait de me faire rencontrer quelques unes de ses patientes hospitalisées en ces termes :

« Vous pourriez aussi rencontrer des patientes. Je pourrais vous présenter quelques femmes hospitalisées si elles ne déconnent pas trop. [devant mon regard interrogatif, il poursuit] Ah oui, vous savez les femmes je les connais bien, elles sont constamment en train de se plaindre, elles ont toujours un problème, elles sont chiantes mais je les aime ».

Les propos du Dr F. révèlent une représentation négative de la nature féminine prédisposée au changement d'humeur (« si elles ne déconnent pas ») donc versatile et vulnérable ou fragile (« elles sont constamment en train de se plaindre »). Représentation que le Dr N. (femme) attribue à la « misogynie » :

« Ils ont tous une représentation de la femme qui se plaint, qui a ses humeurs. C'est de la misogynie et ils le sont tous, misogynes. C'est caractéristique de la gynécologie ! »

Si le Dr N. laisse entendre que cette misogynie serait le fait des hommes gynécologues, les représentations évoquées ici ont également fait l'objet de sous-entendus exprimés par des gynécologues femmes qui partagent dans leur majorité l'idée que les femmes se plaignent beaucoup :

« Elles ne vont pas bien, elles ont toujours quelque chose qui ne va pas » (Dr B., femme)

Au terme des matinées de consultation, les gynécologues avaient pris pour habitude de faire un bilan des consultations en ma présence. Ces bilans étaient surtout l'occasion d'évaluer la qualité des consultations réalisées qu'ils formulaient par « *c'était plutôt sympa ce matin* » ou « *Dans l'ensemble elles étaient sympas aujourd'hui* ». Ces remarques s'accompagnaient la plupart du temps de commentaires sur la propension des femmes à « les saouler » parce qu'elles sont « *souvent hystériques* ». Ces propos misogynes se doublaient parfois de connotations racistes. La femme immigrée représentant le summum de l'hystérique ainsi qu'en témoignent les propos du Dr J. (femme) :

Dr J. : « *Les patientes étaient sympas dans l'ensemble. Hier aussi, sauf une. Elle est arrivée ici complètement hystérique et très agressive. Bon, je ne voudrais pas dire mais elle faisait le ramadan, vous voyez ce que je veux dire !* »

Moi : « *non, je ne vois pas* »

Dr J. : « *Elle était à jeun, c'est certainement pour ça qu'elle était pas bien* »

De quoi se plaignent les femmes ?

Nous l'avons souligné, la consultation débute par l'accueil de la patiente par le gynécologue. Cet accueil diffère peu d'un médecin à l'autre. La formule consacrée est le plus souvent une question ouverte comme « *Alors, comment ça va ?* » ou « *Comment allez-vous ?* ». Certains peuvent être un peu plus directs en demandant « *Qu'est-ce qui vous amène ?* ». Les patientes vont pour certaines s'en remettre au médecin en affirmant « *Ah, c'est vous qui allez me dire si ça va !* ». Par cette réponse, elles laissent entendre que la raison de leur venue est une visite de contrôle auquel se soumettent la plupart des femmes dont nous avons observé les consultations et qui étaient inscrites dans un suivi régulier. Cela rappelle le caractère avant tout préventif de cette consultation. Une majorité de consultations s'inscrivent donc dans ce principe de contrôle préventif et le renouvellement de leur contraception ou de leur traitement hormonal substitutif et les patientes n'ont pas d'autre motif de consulter que celui-là. Elles n'ont de ce fait rien de particulier à dire si ce n'est qu'un « *ça va* ».

Ces visites de contrôle peuvent toutefois être l'occasion d'exprimer un problème survenu depuis la dernière consultation ou d'exposer les résultats des examens complémentaires prescrits lors de la dernière visite.

Les problèmes exprimés dans ces situations sont d'une diversité toute relative. Force est de constater que sur l'ensemble des consultations observées, seules trois natures de plaintes ont pu être identifiées. Premièrement, les traitements mis en place lors d'une précédente consultation ou dont l'observance est plus ancienne constituent une source de plaintes régulièrement exprimées. Très souvent il s'agit des THS dont les modalités de prise se révèlent, pour le néophyte, assez complexes. Nous avons à ce propos constaté que dans de nombreux cas, même si les femmes n'exprimaient aucune plainte relative à ce traitement, le médecin découvrait au cours de son interrogatoire que la femme ne le prenait pas correctement ce qui, dans certaines situations, pouvait être à l'origine de dysfonctionnements tels que des saignements irréguliers et fréquents (appelés « *spotting* »). La contraception est également à l'origine de plaintes du même ordre, nous y reviendrons. Un autre groupe de plaintes concernent celles relatives à des problèmes de dérèglement menstruel (irrégularité,

saignements entre les règles). Un dernier groupe enfin se compose de plaintes relatives à des symptômes dont l'origine ou la cause ne semble pas connue des patientes. Il s'agit des douleurs (majoritairement douleurs pelviennes et plus largement abdominales, douleurs aux seins ou encore aux jambes) et des démangeaisons vulvaires.

Comme le souligne le Dr C. (femme), les « plaintes » sont rarement exprimées en début de consultation :

« Rarement elles arrivent en disant je viens vous voir parce que ça ne va pas. Ça vient plus souvent à la fin des consultations. Mais quand même c'est souvent par contre. »

Cela tient en partie à la difficulté à dire ce qui est relatif aux parties intimes du corps. En témoigne le nombre de patientes qui attendent le moment de l'examen gynécologique pour mentionner une douleur pelvienne ou vaginale, l'interaction entre le Dr D. (homme) et une patiente âgée de 40 ans en est une bonne illustration :

Dr D. : « *Comment ça va ?* »

Patiente : « *Impeccable !* »

Dr D. : « *et votre stérilet, ça va ?* »

Patiente : « *Ah oui, c'est génial et puis je n'ai plus de règles* »

Dr D. : « *C'est le Miréna que je vous ai mis, c'est fait pour et c'est plutôt bien. Bon on va regarder ça* »

Patiente : [au moment de l'examen gynécologique] « *J'ai des douleurs là* [elle désigne du doigt la partie douloureuse]

Dr D. : « *Ça, c'est votre nerf sigmoïde. [silence] C'est impeccable !* »

Patiente : [en train de se rhabiller] « *Je dois venir vous revoir quand ?* »

Dr D. : « *Dans 6 mois* »

Les tournures langagières mobilisées par les patientes pour dire le corps et ses manifestations témoignent également de la difficulté à parler de corps intime. Lorsque la patiente énonce une plainte suite à la question du gynécologue « *comment ça va ?* » est alors mobilisé un langage codé, entendu et normé. Seuls les signes de dysfonctionnement du corps sont mentionnés sans aucune référence aux parties du corps concernées. « *J'ai des pertes* » signale la patiente du Dr H. ; « *j'ai des petites démangeaisons* » se plaint cette patiente de 39 ans ; « *j'ai des retards* » (45 ans) ; « *je saigne* » (66 ans) ; « *j'ai mal comme quand j'étais jeune* » (45 ans), « *ah,*

incontinence » problème qu'une patiente de 40 ans peine à aborder « *Ah, en fait quand je tousse [silence]* » et c'est le médecin qui identifie le problème « *vous faites pipi dans votre culotte* ».

Le recours à ces métaphores ou détours linguistiques divers pour dire le corps correspond aux normes du langage qui enjoignent à taire les parties intimes du corps. Le respect de ces normes, héritées de la Renaissance lorsque les fonctions corporelles sont peu à peu investies de honte puis de pudeur (Elias, 1976), révèle le processus d'intériorisation dont l'apprentissage se fait très tôt puisque même les jeunes filles y ont recours⁹⁰. Le registre langagier mobilisé pour parler des règles est particulièrement riche et révèle les représentations qui y sont associées. La visibilité du fonctionnement interne s'exprime à travers des expressions comme « *je ne vois plus* » ou « *j'ai rien vu depuis deux mois* ». La relation au temps est très marquée par des tournures comme « *mes périodes* », « *je suis dérégulée* », « *j'ai des retards* » ou au contraire « *je suis réglée comme une horloge* ». Tout comme le déshabillage, le fait de se mettre nue, et l'exploration des parties intimes du corps constituent une gêne pour la patiente mais aussi pour le médecin, comme nous l'avons montré, parler des organes génitaux n'est pas plus aisé. Nombreuses sont les femmes à attendre l'examen gynécologique pour mentionner une douleur au niveau du vagin dont le nom n'a jamais été prononcé au cours des consultations observées :

Patiente : « *Ah, ben juste là ça me fait mal !* »

Dr G. : « *Pendant les rapports ?* »

Patiente : « *Oui* »

Il apparaît que ce sont particulièrement les parties du corps, directement accessibles et engagées dans la sexualité, qui ne sont pas nommées. Ainsi dans aucune des consultations observées les mots sexe, vulve, lèvres ou clitoris n'ont été prononcés, ni par les patientes ni par les gynécologues. Si les gynécologues utilisent le terme de vagin, les femmes ne le mentionnent jamais. En revanche, les organes génitaux uniquement accessibles par l'acte médical ne posent pas de problème à l'énonciation. Utérus, col de l'utérus, ovaires ou trompes sont évoqués sans détour par les médecins comme par les patientes.

⁹⁰ A. Mardon (2006) a montré ce processus d'intériorisation. Si les préadolescentes souscrivent à ces codes en utilisant des tournures linguistiques pour évoquer les menstruations, cette euphémisation est plus particulièrement exacerbée chez les plus âgées des collégiennes.

La difficulté à dire a également partie liée à la peur de dire « des bêtises ». N. Dodier (1993) a montré la complexité du statut conféré aux plaintes énoncées par les patients dans le cadre d'une consultation médicale. Considérées comme symptômes « subjectifs », elles peuvent être reléguées au second plan par rapport aux symptômes « objectifs » observés et repérés par le médecin, ou au contraire, elles peuvent guider et orienter l'action du médecin qui se servira des symptômes « objectifs » comme outils d'appoint à ses prises de décision. Ces plaintes énoncées par les patients occupent, dans la hiérarchie des symptômes des tableaux cliniques, une position inférieure. Parce qu'elles sont repérées par les patients, elles sont considérées comme étant subjectives et donc de peu de valeur clinique. Le patient peut en effet omettre de donner des détails importants et significatifs aux yeux des cliniciens. Il peut également ne pas s'exprimer correctement en employant parfois des termes médicaux à contre sens ou dans un sens erroné. Le patient n'est pas spécialiste et ne maîtrise donc pas le savoir nécessaire à l'identification des symptômes « objectifs ». *« Ne possédant ni la compétence, ni le langage, ni la distance professionnelle du médecin, le patient est donc un intermédiaire nécessaire mais dangereux pour apprécier les symptômes à leur juste valeur »* (op. cit. : 123). Des démangeaisons appartiennent au tableau clinique des symptômes recensés et correspondent aux symptômes objectifs aisément identifiables à l'examen. En revanche, si une patiente affirme avoir mal aux ovaires, il apparaît que cette affirmation ne sera pas considérée comme objective par le médecin qui attendra l'examen pour demander à sa patiente de lui montrer du doigt la partie douloureuse. Chaque fois que l'origine de douleurs était attribuée aux ovaires par la patiente, cela a été démenti par le médecin : *« Ce ne sont pas les ovaires ici Madame ! »*. D'aucuns indiqueront à la patiente l'emplacement exacte de leurs ovaires tandis que d'autres pourront dire comme le Dr F. (homme) *« vous les femmes, vous ramenez toujours tout à vos ovaires mais vous n'avez pas que ça dans le ventre ! »*. Les femmes savent qu'elles n'ont pas la connaissance. Face au gynécologue, représentant du Savoir sur le corps, certaines patientes avouent leur méconnaissance *« vous savez, moi je n'y connais rien »*. D'autres hésitent parfois *« j'ai mal là, c'est bien les ovaires ? »* ou préfèrent désigner du doigt la partie du corps douloureuse sans la nommer car comme le souligne M.C. Durif-Bruckert *« parler du corps ne va pas de soi. Il y a tout d'abord le risque de dire de grosses bêtises »* (1994 : 10). Cette méconnaissance, les femmes le savent d'expérience, peut faire l'objet de moqueries de la part du médecin ou d'agacement *« mais non, ça n'a rien à voir ! »*. Certains gynécologues, hommes et femmes, m'ont d'ailleurs à plusieurs reprises lancé des regards d'impatience devant l'ignorance de certaines patientes. Lorsque les parties du corps douloureuses n'appartiennent pas au registre de la gynécologie, les médecins ne retiennent pas

ces plaintes et les écartent définitivement sur un ton suffisamment catégorique pour que les femmes n'insistent pas : « *Ah mais ça, ce sont vos intestins, rien à voir !* ». L'interaction entre le Dr H. (femme) et une patiente de 50 ans illustre parfaitement la manière dont le médecin peut mettre un terme à ce genre de plainte.

Dr H. : « *Vous allez bien ?* »

Patiente : « *Oui, je vais mieux parce que j'ai été malade* »

Dr H. : « *Ah bon, vous avez eu quoi ?* »

Patiente : « *J'ai eu des moisissures dans l'estomac* »

Dr H. : « *Ah, mais donc maintenant ça va bien !* »

Patiente : « *Je vous avais dit la dernière fois que j'avais mal au sein gauche, vous vous rappelez ? Bon, ben j'ai fait d'autres examens parce que j'avais vraiment mal. Finalement c'était l'estomac* »

Dr H. : « *Mais vous êtes guérie maintenant, donc tout va bien !* »

Patiente : « *Oui mais je suis surveillée* »

Dr H. : [cette fois-ci le ton est ferme et sec] « *Oui, vous n'avez plus mal au sein, vous êtes surveillée et traitée donc tout va bien.*[puis elle enchaîne immédiatement sur un ton plus doux] *Je vous prescris Oestrogestan 100 [THS]* »

Patiente : « *C'est le même que d'habitude ?* »

Dr H. : « *Oui, oui, et on se revoit dans six mois* »

On comprend à travers cette interaction que la gynécologue n'avait pas pris en compte la douleur du sein de sa patiente lors d'une précédente visite et que celle-ci avait dû solliciter des examens complémentaires auprès de son médecin généraliste. On note aussi que le Dr H. tente à plusieurs reprises de mettre un terme à cette discussion en affirmant par trois fois « *donc tout va bien* » ce qui, au regard du ton employé, signifie implicitement « *donc arrêtez de vous plaindre dans mon cabinet* ».

C'est très souvent l'interrogatoire⁹¹ mené par le médecin qui va amener la patiente à admettre que, si elle-même n'y avait pas prêté une attention particulière ni d'importance, elle a pourtant un problème. L'échange entre le Dr K. (femme) et l'une de ses patientes âgées de 63 ans est à ce titre tout à fait révélateur :

⁹¹ L'interrogatoire est le terme employé par les gynécologues pour faire référence au protocole qui prévoit un certain nombre de questions à poser sur l'état de santé de la patiente, ses antécédents familiaux, les traitements éventuellement suivis etc. Ce protocole est rapporté dans un encadré intitulé « les étapes de l'examen gynécologique » au chap. 4 (p140-141)

Dr K. : « *La date de vos dernières règles ?* »

Patiente : « *24 mars* »

Dr K. : « *Elles sont régulières ?* »

Patiente : « *Oui tous les 28 jours* »

Dr K. : « *Vous prenez toujours votre traitement* »

Patiente : « *Oui* »

Dr K. : « *A quelles doses ?* »

Patiente : « *Oh, j'ai réduit de 50% à peu près* »

Dr K. : « *A peu près, c'est pas très clair, il faut faire ça correctement ou c'est pas la peine !*
[silence destiné visiblement à laisser retomber la colère du Dr K.] *Et ça ne vous provoque pas de saignements ?* »

Patiente : « *Ah, oui, c'est vrai que j'ai des petits saignements mais rien de bien important* »

Dr K. : « *Ah ben voilà ! Mais vous venez de me dire que vos règles étaient régulières!?* »

Patiente : « *Oui, oui mais j'ai des petits saignements entre temps. Je ne pensais pas que c'était si important. C'est grave ?* »

Dr K. : « *Ben oui, vous allez me reprendre tout ça correctement* »

Bien d'autres exemples illustrent la différence de perception entre les femmes et les médecins mais aussi entre les femmes elles-mêmes de ce qui relève du « normal » ou du « pathologique ». Nous y reviendrons longuement dans notre deuxième chapitre, l'intérêt ici étant de montrer que les femmes n'ont pas présenté dans les consultations observées une multitude de plaintes ni fait la preuve d'une forte propension à se plaindre en dehors des « confidences » dont le contenu est, nous l'avons souligné (chap. 5), relatif aux difficultés des femmes. Les plaintes auxquelles font référence les gynécologues ne relèvent pas de problèmes organiques ou physiologiques mais sont relatives à des difficultés sociales.

En outre, nous avons repéré des situations dans lesquelles des « plaintes » exprimées n'émanaient pas, à l'origine, d'un inconfort ou d'une gêne ressentie par la patiente elle-même : la décision de consulter avait été prise sur l'insistance d'une tierce personne ou directement par cette dernière. Cette personne étant, selon l'âge de la patiente, la mère ou la fille.

6.2 De la transmission intergénérationnelle de la nécessité de consulter

Nous avons dans notre premier chapitre évoqué les motifs qui amènent généralement les femmes en consultation de gynécologie médicale. La contraception et la ménopause représentent 80% des actes effectués. L'analyse de nos questionnaires a permis d'identifier trois temps d'entrée en gynécologie. La puberté et la ménopause correspondent à deux modes et périodes distincts d'entrée en gynécologie. Entre ces deux pôles se situe la plus grande période de vie qui se caractérise plus spécifiquement par la question d'avoir ou ne pas avoir d'enfants et est ponctuée soit de maladies graves soit de simples « petits bobos » telles que des infections vaginales bénignes. Nous aimerions ici revenir sur les circonstances qui amènent les femmes à consulter au moment de la puberté et de la ménopause qui constituent deux moments où se révèle une transmission intergénérationnelle de la nécessité de consulter.

6.2.1 La ménopause

Les études sur la ménopause sont nombreuses. Les travaux anthropologiques⁹² montrent que la ménopause concentre un ensemble d'enjeux sociaux et renvoie à des pratiques et des représentations du corps féminin qui sont socialement et culturellement construites. Il apparaît que toutes les sociétés n'accordent pas la même signification à cette période de la vie féminine et que les femmes ne semblent pas souffrir des symptômes qui participent à la définition occidentale de la ménopause. Les travaux de D. Delanoë ont montré que le discours médical a produit une représentation de la ménopause, caractérisée par l'arrêt définitif des règles, « *particulièrement pathologique (biologiquement) et négative (socialement) afin de justifier son intervention thérapeutique, participant ainsi largement à la représentation stigmatisante de la femme ménopausée* » (1998 : 212). Objet des discours médicaux depuis le XIX^e siècle, la ménopause s'inscrit dans le processus de médicalisation du corps féminin renforcé par le développement de l'endocrinologie qui a contribué à donner une définition hormonale du corps féminin. N. Oudshoorn explique que l'endocrinologie s'est particulièrement développée vers les hormones féminines « *parce que les méthodes comme les matériaux de recherche étaient bien développés et facilement disponibles pour les*

⁹² On peut notamment se référer aux travaux de M. Lock (1993), F. Héritier (1996), D. Delanoë (2001)

hormones sexuelles féminines, de plus en plus de scientifiques se sont impliqués dans la recherche sur les hormones féminines » (Oudshoorn, 2000 : 39-40). La consultation de gynécologie a d'après l'auteur fonctionné comme un contexte institutionnel puissant fournissant une clientèle déjà constituée. La promotion et la diffusion des hormones sexuelles féminines comme traitements médicamenteux ont largement été favorisées parce qu'elles servaient les intérêts d'une profession médicale et ceux des laboratoires pharmaceutiques. Nous avons pu constater que les intérêts personnels des gynécologues faisaient également l'objet de négociations avec les laboratoires pharmaceutiques pour avoir été, à plusieurs reprises, témoin d'échanges entre des gynécologues et des représentants de laboratoires pharmaceutiques⁹³. A ce titre, des gynécologues acceptaient de prescrire des produits en contre partie de dons⁹⁴ ou de faveurs octroyés par les laboratoires tels que le financement des droits d'inscription ainsi que les frais de voyage pour assister à des congrès à l'étranger dans des endroits exotiques.

Pour autant, toutes les femmes ne reçoivent pas un traitement hormonal à la ménopause. D. Delanoë a montré que *« les variables sociodémographiques, le niveau de médicalisation et les pratiques cosmétiques sont significativement liés à la prise de THS »* (1999 : 101). Les traitements hormonaux se révèlent être plus accessibles aux femmes issues des milieux favorisés et ayant fait des études supérieures. Néanmoins, il apparaît que les inégalités d'accès à ces traitements tendent à se réduire.

Si les traitements hormonaux à la ménopause sont prescrits afin de réduire des risques tels que les maladies cardio-vasculaires et l'ostéoporose ou faire disparaître des symptômes tels que les bouffées de chaleur, les insomnies, la dépression etc., ils sont très largement utilisés à des fins esthétiques ainsi qu'en témoignent les propos du Dr B. (femme) :

« Ah oui, je crois que oui et là on a quand même plein de choses à leur offrir au moment de la ménopause parce qu'on a fait des progrès faramineux et là je crois que l'esthétique est toujours en fond. Il y a quand même l'idée de la femme jeune, belle, toute la publicité qui montre que la femme même à 50 ans doit rester belle, intelligente, performante. Il y a beaucoup de dépressions

⁹³ Je l'ai déjà souligné, les gynécologues finissaient par oublier ma présence dans leur consultation et c'est à ce titre que j'ai pu assister à ces échanges, les gynécologues réalisant après coup que j'avais assisté à ces négociations. D'aucun semblent même ne pas l'avoir remarqué.

⁹⁴ Au moment de la publication de l'étude américaine sur les risques de cancer du sein liés aux traitements hormonaux de substitution à la ménopause qui a déclenché une polémique au sein de la communauté scientifique, on m'avait subtilement refusé l'observation des consultations d'un médecin qui avait la réputation d'avoir tiré profit auprès des laboratoires pharmaceutiques en prescrivant massivement des traitements hormonaux à la ménopause en contre partie de dons (il aurait notamment reçu une voiture en cadeau).

même sous-jacentes qui nécessitent pas forcément un traitement anti-dépresseur. Elles ont besoin d'être écoutées. [...] Et là, le corps est au premier plan. Tout est attiré sur le corps, c'est l'enveloppe extérieure. Et elles veulent maintenir cette enveloppe extérieure bien et là c'est bien et peut-être que nous on a un rôle dans les normes esthétiques. »

Les femmes prenant un traitement hormonal sont également celles qui sont déjà inscrites dans un suivi gynécologique régulier. En effet, inscrites dans un suivi régulier du fait de la contraception, elles le poursuivent généralement au moment de la ménopause et ont pour la plupart recours au traitement hormonal.

« La ménopause je crois que c'est là où ça a fondamentalement changé ces dernières années parce que il y a 20 ans elles ne consultaient pas beaucoup pour la ménopause. Il faut dire qu'arrive à la ménopause toute la génération de femmes qui ont été suivies pour la pilule. Donc ce sont des femmes qui sont suivies très régulièrement et donc on rentre très naturellement dans la ménopause, ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de problème pendant la ménopause mais elles sont suivies pendant la ménopause et c'est vrai qu'on a de moins en moins de femmes qui ont vu personne depuis 5 ou 6 ans parce que celles qui arrivent à 50 ans maintenant elles avaient quand même un mode de contraception. » (Dr B., femme)

Des femmes peuvent également débiter un traitement sur le conseil d'une amie, la gestion médicale de cette période de vie ayant entraîné une socialisation importante : *« Le traitement hormonal fait parler de la ménopause, dans les médias, dans les conversations privées, dans les mouvements féministes, alors qu'il s'agissait d'un sujet profondément tabou dans les années soixante »* (Delanoë, 1999 : 93). D'aucunes souffrant de bouffées de chaleur s'adressent directement à leur médecin généraliste pour obtenir le traitement lorsqu'elles n'ont pas été suivies par un gynécologue.

Au cours de notre enquête nous avons pu identifier un autre cas de figure soit pour l'avoir observé soit pour en avoir recueilli le témoignage en entretien. Des femmes font la démarche de consulter un ou une gynécologue au moment de la ménopause sur les conseils de leur fille ou de leur belle-fille.

« Oui, oui il y a des femmes qui viennent à partir de la ménopause...Alors pourquoi elles viennent ? C'est souvent sur le conseil d'une amie et aussi très souvent de leur fille...il y a encore des femmes qui n'ont vu personne depuis plus de 10 ans. » (Dr C., femme)

Si les symptômes, généralement attribués à la ménopause, peuvent déclencher ce conseil, il est très souvent antérieur et repose sur l'incompréhension des filles ou des belles-filles face à « l'insouciance » ou le « laisser aller » de leurs aînées. Engagées elles-mêmes dans un suivi gynécologique depuis qu'elles prennent la pilule, elles ne comprennent pas que leur mère ou belle-mère n'ait d'une part jamais eu recours à une contraception hormonale et d'autre part n'ait jamais été suivie par un ou une gynécologue. Nées avec la pilule, *« les jeunes femmes d'aujourd'hui se demandent même souvent : comment était-ce possible avant la pilule ? Elles ne sont pas loin de considérer leurs grand-mères qui ont vécu ces temps préhistoriques, comme des martyres ou des sous-développées, voire les deux à la fois »* (Sullerot, 2006 : 90). Le témoignage de Suzanne illustre ce processus.

Suzanne conseillée par sa belle-fille

Suzanne (71 ans) que j'interrogeais dans la salle d'attente de l'hôpital B alors qu'elle remplissait mon questionnaire, me racontait que sa belle-fille surprise de découvrir qu'elle n'avait jamais eu de suivi gynécologique lui avait pendant des années recommandé de voir un gynécologue :

« pour prendre soin de moi, vous voyez, pour la prévention, le cancer du sein, le cancer de l'utérus. Je n'y pensais pas, j'allais très bien et j'avais pas très envie. Il faut reconnaître que ce n'est pas une partie de plaisir ! Parfois je me disais qu'elle avait raison mais j'appréhendais je crois et je reculais toujours. Je n'avais jamais été chez le gynécologue et ça, elle n'arrivait pas à le comprendre. »

Suzanne ne s'y était jamais résolue jusqu'au jour où elle a eu un accident de voiture et qu'elle s'est fracturée une épaule. Les médecins lui ont à cette occasion demandée si elle avait de l'ostéoporose :

« Ils m'ont fait la morale. Alors je me suis décidée et j'ai demandé à ma belle-fille si elle voulait bien me donner le nom de sa gynécologue. Je voulais pas aller voir n'importe qui et je ne connaissais personne. Voilà, c'est comme ça que ça a commencé et depuis je vois toujours le Dr B. ça va faire une dizaine d'années maintenant ».

Au cours des observations, il nous a été donné à plusieurs reprises d'assister à des consultations dans lesquelles des filles, inscrites dans un suivi régulier avec le gynécologue consulté, accompagnaient leur mère pour une première visite dont le motif principal était la prise en charge de la ménopause. Après une présentation rapide, les filles se retiraient du cabinet pour attendre leur mère en salle d'attente.

De la même manière que les filles amènent leur mère en consultation, nous allons voir que les filles sont amenées par leur mère au moment de la puberté.

6.2.2 La puberté

La catégorie « jeune fille », aujourd'hui tombée en désuétude en ce que le mariage et la perte de la virginité, qui constituaient les rites majeurs du passage de l'état de jeune fille à celui de femme, ont perdu de leur sens en cédant la place à des transitions plus progressives (Mardon, 2005), reste le terme de référence privilégié en gynécologie. Les gynécologues parlent de la « jeune fille » afin de nommer la patiente dont le stade physiologique est celui de la puberté. C'est donc bien la puberté qui désigne la tranche d'âge qui nous préoccupe. Nous conserverons néanmoins par commodité le terme de référence « jeune fille » pour désigner les patientes qui rentrent dans cette catégorie.

La puberté et ses caractéristiques physiologiques

La puberté correspond à une période de transformation du corps dont les signes correspondent au développement des caractères sexuels primaires et secondaires, par l'existence d'une possible fécondité et une nette accélération de la vitesse de croissance, tout ceci en quatre ou cinq ans. Les modifications débutent à l'âge de huit ou neuf ans. L'apparition du bourgeon mammaire (deux tiers des cas) ou celle de la pilosité pubienne (un tiers) en sont le premier signe. En règle générale, deux ou trois ans séparent l'apparition du bourgeon mammaire de la première menstruation. Parallèlement, la pilosité axillaire apparaît et les proportions du corps se modifient surtout au niveau de la vulve, des grandes et des petites lèvres qui se développent et changent d'aspect. Les organes génitaux internes (utérus et ovaires) se développent également. La puberté débute aussi lorsque que la

maturation osseuse est suffisante. La vitesse de croissance s'accélère alors de 7 cm en moyenne en un an. Elle décroît ensuite pour s'arrêter vers l'âge de 18 ans. Enfin, la puberté est marquée par une modification importante des sécrétions hormonales. La tranche d'âge concernée est donc comprise entre 12 ans et 18 ans. En-deçà, on est dans la catégorie « petite fille » et au-delà, on passe à celle de « jeune femme ». (Lansac, Lecomte, 1999)

La puberté, qui caractérise ici la tranche d'âge définie, s'accompagne de transformations qui y sont directement liées comme le processus de sexualisation et d'autres qui visent à l'acquisition de l'autonomie et qui sont caractéristiques de l'adolescence. Ainsi que le souligne M. Fize (2003), du fait de la simultanéité de ces transformations, l'amalgame entre puberté et adolescence est trop souvent fait. En effet, aux aspects physiologiques de la puberté s'adjoignent des facteurs sociaux déterminants qui, s'ils sont pris en compte, remettent en cause l'idée très répandue de « crise » à l'adolescence.

« Il nous semble encore que les tensions enregistrées dans les familles ne sont pas tant le résultat du bouleversement pubertaire que la conséquence de mauvaises relations préexistantes et souvent créées, parfois à leur insu, par les parents eux-mêmes à l'égard de leurs enfants (par suite de difficultés personnelles ou économiques) » (Fize, 2003 : 148).

Dans les circonstances à la première consultation se jouent, comme on va le voir, les enjeux de cette tranche d'âge à la fois marquée par les transformations physiologiques qui sont les motifs de la consultation, ainsi que le processus d'autonomisation, plus ou moins amorcé ou abouti, entre celles qui viennent accompagnées de leur mère, celles qui le sont par une copine et celles qui viennent seules. Ces trois cas de figure recensés à travers l'analyse de nos matériaux, confirment l'idée de plus en plus partagée qu'il n'y a pas un comportement type à l'adolescence mais une pluralité de comportements qui se nourrissent d'expériences variées et progressives (Bozon, 2002). Par ailleurs, il apparaît que la nécessité de consulter en gynécologie fait l'objet d'une transmission de mère à fille.

Si V. Moulinié souligne que « *les femmes sont les gardiennes efficaces du corps des autres* » (1997 : 21), G. Cresson (1995) montre l'importance du travail des femmes en matière de gestion de la santé de la cellule familiale et plus particulièrement de celle des enfants. C'est, nous dit G. Cresson, en terme de responsabilité que les mères prennent particulièrement soin de la santé de leurs enfants en ce qu'elles seront les seules à devoir leur rendre des comptes

lorsqu'ils seront devenus adultes. Faisant preuve d'une grande autonomie dans cette gestion sanitaire, les femmes délèguent néanmoins une partie des soins aux enfants soit au généraliste soit au pédiatre soit de façon alternative à l'un et l'autre (G. Cresson, *op. cit.*). Que se passe-t-il au moment de la puberté des filles lorsque le corps de celles-ci annonce le processus de sexualisation avec l'arrivée des premières règles ? Ainsi que le souligne Y. Knibiehler :

« Gérer soi-même sa sexualité, c'est peut-être le seuil essentiel du passage à l'âge adulte. La mère veut libérer le deuxième sexe, la fille se libérer de sa mère. [...] Plus que n'importe quel autre savoir, le savoir sur le sexe doit être l'objet d'une conquête personnelle ; c'est souvent le premier acte de liberté. C'est pourquoi il n'est pas sûr que les parents soient les mieux placés pour communiquer ce savoir. [...] La solution souvent adoptée, c'est de conduire l'adolescente, dès les premiers signes de puberté, chez une gynécologue ». (2002 : 46-47).

Cela donne à penser qu'au moment précis de la puberté, la mère opère un transfert du pédiatre au gynécologue. Est-ce bien aussi systématique ?

Quel est le parcours de ces jeunes filles jusqu'au cabinet ? Prennent-elles, elles-mêmes, la décision de consulter ou sont-elles conseillées et par qui ? Plusieurs cas de figure apparaissent.

La mère accompagne sa fille

Le premier cas de figure concerne les jeunes filles qui sont accompagnées par leur mère. D'après les gynécologues interrogés cette pratique est beaucoup plus courante en cabinet libéral qu'à l'hôpital comme en témoigne cette patiente de 44 ans lors d'une consultation avec le Dr K. : *« Je vais vous amener ma fille mais je ne veux pas vous l'amener ici à l'hôpital »*. Si la mère consulte un gynécologue hospitalier pour les raisons évoquées plus haut (chap.4), les facteurs ayant déterminés son choix sont totalement remis en cause lorsqu'il s'agit d'une consultation pour sa fille. Tel est le cas de cette autre patiente (48 ans) qui souhaite amener sa fille *« au cabinet parce que l'hôpital c'est un peu impressionnant »*. En entretien individuel, les femmes ont des difficultés à expliquer ce choix du cabinet pour leur fille alors qu'elles-mêmes se rendent au centre hospitalier. *« Je sais pas, c'est comme ça. Pour la première fois, on veut que ça se passe bien »* affirme Irène (48 ans). Ce premier rendez-vous est réfléchi et

s'entoure de précautions tant de la part de la mère que de celle des gynécologues hommes et femmes :

« On n'aborde pas les jeunes filles qui sont dans le processus de métamorphose pubertaire de la même façon qu'une femme de 40 ans. Les jeunes n'auront pas d'examen gynéco d'emblée par exemple. On pourra d'abord dialoguer, prendre la tension, le poids, donner un sens à cet examen gynéco et puis créer une vraie complicité et attendre le moment où la fille va dire « oui c'est bon, je suis prête ». (Dr A., femme)

Il apparaît à travers nos observations que l'examen gynécologique est refusé par 90% des jeunes filles alors même que la consultation s'inscrit dans un suivi déjà régulier. L'acte le plus redouté est l'introduction du spéculum dans le vagin vécu comme une intrusion agressive dans l'intimité corporelle. Néanmoins, ce sentiment n'est pas le propre de la jeune fille, nous l'avons vu. Le fait que cet acte soit appréhendé, parfois avec une intensité nécessitant le recours à la médication, explique les précautions prises par les mères de façon à ce que cette première fois ne soit pas traumatisante pour leur fille d'autant que les femmes disent être affectées par la douleur de leurs enfants (Cresson, *op. cit.*).

Les motifs de consultation dans le cas où la mère accompagne sa fille sont plus particulièrement liés aux angoisses de la mère comme l'affirme le Dr B. (femme) : *« le plus souvent c'est l'angoisse de la mère qui les amène en consultation »*. L'apparition des règles de la jeune fille déclenche une volonté de savoir si l'appareil génital de sa fille est « normal ». L'irrégularité des règles de la jeune fille suscite aussi une interrogation de la part de la mère.

« Les premières consultations sont très souvent une consultation pour des règles irrégulières. Elles sont tout le temps amenées par la mère. Ce sont les mères qui sont gênées par le cycle irrégulier de leur fille bien plus que les filles ». (Dr J., femme)

Les mères ont pu avoir oublié cette irrégularité pourtant caractéristiques de la puberté et qu'elles ne connaissent généralement plus du fait de la prise de contraceptifs qui régularisent les cycles ou les suppriment complètement. Les jeunes filles qui sont dans la découverte de ce nouveau fonctionnement de leur corps et en cours d'apprentissage des normes ne sont pas gênées par ces irrégularités. Interrogées en consultation sur leur cycle, elles décrivent une irrégularité qu'elles semblent accepter sans en questionner la normalité ou l'anormalité. En

pénétrant le cabinet de gynécologie, on peut dire que ces jeunes filles font alors l'apprentissage des normes relatives au fonctionnement du corps féminin, nous y reviendrons.

La douleur ou l'abondance des règles sont également deux autres motifs de consultation. La plainte peut dans ces deux cas aussi bien émaner de la jeune fille que de la mère. Cependant, il apparaît que des jeunes filles ayant des règles effectivement douloureuses ne s'en plaignent pas, mettant en avant que c'est là une caractéristique familiale, nous y reviendrons également. Un autre motif de consultation correspond à la demande de contraceptif, en l'occurrence la pilule. Cette demande, lorsqu'elle est émise dans le cadre d'une consultation avec la mère, émane toujours de la mère et non de la jeune fille.

« Je suis toujours étonnée quand je vois une mère qui m'amène sa fille pour laquelle c'est pas du tout sa préoccupation, mais pas du tout mais c'est la préoccupation de la mère. Avant les départs en vacances, ça c'est caractéristique. C'est l'angoisse de la mère » (Dr J., femme)

Les règles attestent du pouvoir de reproduction et conjointement du risque de la survenue d'une grossesse. On peut faire l'hypothèse que se joue ici la gestion intergénérationnelle de la fécondité dont Y. Verdier (1979), F. Héritier (1996) ou encore V. Moulinié (1998) ont démontré le principe universel : deux générations ne peuvent être fécondes en même temps, pour que l'une le soit, il faut que la précédente ne le soit plus. Cependant, les matériaux de terrain montrent que d'autres enjeux sont à l'œuvre. *« C'est l'honneur de la mère qui est en jeu »* affirme le Dr C. (femme). Notre travail de maîtrise sur les femmes portugaises en région parisienne nous avait permis de mettre au jour l'impact du « qu'en dira-t-on » sur leurs pratiques et plus particulièrement au niveau de la relation mère-fille. Nous avons alors montré que l'adage « telle mère telle fille » n'avait en fait d'existence que dans sa forme inversée à savoir « telle fille, telle mère » en ce que ce sont les filles qui « font » leur mère. Il nous semble que l'angoisse des mères dont il est question ici peut être mise en perspective avec cette question de réputation. Dans le fait de prévenir des grossesses potentielles en demandant la pilule pour sa fille, la mère a-t-elle pour seule préoccupation le bien-être de sa fille ou n'œuvre-t-elle pas aussi inconsciemment pour le maintien de sa bonne réputation comme le souligne le Dr C. (femme).

Par ailleurs, le fait d'avoir une fille adolescente qui « tombe enceinte » ne remet-il pas en cause l'image des parents ou pour le dire autrement la grossesse adolescente n'est-elle pas un

critère normatif faisant basculer le parent du statut de bon parent à celui de mauvais parent tout comme le surpoids de l'enfant ainsi que le démontre D. Serre (1998).

Les filles qui viennent accompagnées d'une copine

Un autre cas de figure beaucoup plus fréquent en PMI, il représente en effet 80% des consultations alors observées, est celui de la jeune fille qui se fait accompagner par une copine. Si la PMI est le lieu de consultation choisi, c'est avant tout en raison de la gratuité des actes dispensés et des produits prescrits (pilule ou préservatif). Une autre raison très importante tient au caractère anonyme de la consultation mis en avant par les professionnels de la PMI. Il est en effet rappelé de façon récurrente et avec force que la jeune fille peut se sentir en toute confiance, que ses propos ne seront jamais rapportés à ses parents. Car c'est bien en cachette des parents que les jeunes filles viennent consulter. Interrogées par le gynécologue sur leur relation aux parents, les jeunes filles affirment ne pas leur avoir parlé de leur intention de consulter ni de leur souhait de prendre la pilule soit parce qu'elles estiment que ça ne les regarde pas, soit qu'elles pensent que les parents seraient en désaccord avec elles, jugeraient leur comportement et l'accompagneraient de sanctions punitives. En effet, ainsi que le souligne E. Ramos « *Les jeunes dissimulent ce qu'ils savent que leurs parents ne peuvent approuver et c'est alors le groupe des pairs qui fait office d'instance de validation pour certains sujets ou faits* » (2003 : 190). C'est dans ces cas de figure précisément que les jeunes filles se font accompagner par une copine.

Suzette accompagnée de Perrine

Suzette (16 ans), accompagnée de sa copine Perrine, précise ne pas avoir informé ses parents de ses intentions et expose très clairement sa situation. Elle a, depuis un an, un petit ami avec lequel elle souhaite avoir des relations sexuelles. C'est pour cette raison qu'elle veut prendre la pilule. Elle répond avec beaucoup de précisions aux questions de la gynécologue à propos de ses règles. Malgré cette détermination et cette assurance, Suzette est accompagnée d'une copine.

Le déclenchement du processus de sexualisation de la jeune fille, amorcé par la survenue des règles, marquerait un point de rupture dans la prise en charge du corps par la mère mais aussi dans la relation intime avec la mère puisque de nombreuses jeunes filles viennent en cachette de celle-ci. Le gynécologue prendrait alors le relais de cette prise en charge.

Les jeunes filles qui viennent seules

« *Malheureusement elles viennent souvent quand c'est trop tard* » remarquait la gynécologue de la PMI qui m'avait acceptée dans ses consultations. La première consultation coïncide très souvent avec le premier rapport sexuel. La prise de contraceptif est postérieure au premier rapport sexuel et l'utilisation du préservatif reste difficile à imposer pour les filles (Mossuz-Lavau, 2002). C'est alors l'angoisse d'avoir contracté une maladie sexuellement transmissible ou le VIH qui amène la jeune fille en première consultation. Lors de l'entretien mené par le gynécologue, elles confient très souvent en avoir déjà parlé à l'infirmière scolaire qui leur a conseillé de venir consulter de façon à se faire prescrire les examens sanguins et les prélèvements nécessaires au dépistage de ces maladies.

La première fois de Louise

Louise (15 ans, père ingénieur, mère agent de maîtrise) est d'abord reçue par la conseillère conjugale du centre de PMI qui était la seule professionnelle disponible à son arrivée. Devant le mutisme de Louise, la conseillère demande à la gynécologue de la recevoir car dit-elle : « *j'ai le sentiment qu'elle a vécu une expérience traumatisante mais elle ne veut rien me dire. Peut-être que tu réussiras à la mettre plus en confiance* ». Louise entre alors dans la salle de consultation et s'installe tête baissée près du bureau⁹⁵. La gynécologue lui explique être là pour l'aider et que rien de ce qui sera dit ne sortira de ce cabinet. Louise reste muette. Le Dr A. lui demande alors si tout va bien dans la famille ce à quoi Louise répond « *Il y a plein de soucis dans la famille* » sur un ton qui nous fait comprendre qu'elle ne souhaite pas en parler. La gynécologue poursuit son

⁹⁵ Nous avons proposé à Louise que je me retire de la consultation ce qu'elle a refusé.

interrogatoire :

Dr A : « *Est-ce que tu as eu des maladies ?* »

Louise : « *Non* »

Dr A : « *As-tu eu des opérations ?* »

Louise : « *Je me suis fait recoller les oreilles* »

Dr A. : « *A quel âge as-tu eu tes règles ?* »

Louise : « *A 11 ans* »

Dr A. : « *Est-ce que ça se passe bien ?* »

Louise : [ne dis rien car ne semble pas avoir compris la question]

Dr A. : « *Elles sont régulières ?* »

Louise : « *Oui* »

Dr A. : « *As-tu eu des rapports sexuels ?* »

Louise déclare alors d'une voix à peine audible qu'elle veut faire un test HIV. Le Dr A lui demande alors pourquoi elle souhaite faire ce test : « *qu'est-ce qui te fait penser que tu as besoin de faire ce test ? Qu'est-ce qui s'est passé ? Tu peux m'expliquer ?* ». Après un long silence, Louise confie avoir eu « Ce » premier rapport sexuel avec « Ce » garçon parce qu'elle pensait qu'il était temps pour elle de faire cette expérience là, toutes ses copines l'ayant déjà faite. Elle a choisi « Ce » garçon qu'elle ne connaissait pas vraiment mais qui lui semblait néanmoins idéal pour cette première expérience. Honteuse, elle dit avoir réalisé non seulement l'absurdité de cette démarche mais aussi le mensonge de ses copines qui n'avaient encore jamais eu de rapport sexuel. En outre, cette première fois s'était mal passée parce qu'elle n'avait aucun sentiment pour ce garçon qui a profité de la situation. Comme dans beaucoup de cas, le préservatif avait craqué et elle consultait parce qu'elle avait peur d'avoir contracté une maladie. Louise affirme n'en avoir parlé à personne, ni à ses parents qui « *ne comprendraient pas* » et encore moins à ses copines en qui elle ne pouvait plus avoir confiance. Le Dr A. lui propose de prendre la pilule mais Louise ne semble pas comprendre les instructions du médecin tant la sexualité semble loin de ses préoccupations. Elle ne veut pas « recommencer » alors prendre la pilule apparaît à ses yeux comme une galère qu'elle ne semble pas prête à gérer d'autant que l'on comprend qu'il lui faudrait le faire en cachette de ses parents.

L'expérience de Louise n'est pas exceptionnelle. Des jeunes filles « se sentent » contraintes par les « règles du jeu » implicites d'un groupe de pairs, dont elles sont presque toujours les plus jeunes [...]. Implicitement évalué à l'aune de l'idéal de la première fois, ce rapport apparaît alors presque toujours désastreux » (C. Le Van et D. Le Gall, 2002 : 179).

Dans le cas de Louise, le cabinet de gynécologie qui est avant tout le lieu qui permettra de vérifier si la pathologie soupçonnée est avérée ou non, représente aussi un espace mobilisé pour exprimer une parole douloureuse et difficilement dicible ailleurs, que ce soit dans la cellule familiale ou dans le groupe des pairs envers lequel le degré de confiance accordé jusque-là est remis en cause, Louise ayant le sentiment d'avoir été trahie.

Si nous reprenons les circonstances à la première consultation dans le cas où la jeune fille est accompagnée par sa mère et celui où celle-ci est accompagnée par une copine, il apparaît que les motifs sont différents. Dans le premier cas, la « normalité » du corps est centrale et ce sont les interrogations de la mère qui motivent la démarche à consulter, alors que dans le deuxième les jeunes filles sont à l'origine de la démarche motivée par une demande de contraception ou des examens de dépistage. Cela montre par ailleurs que la puberté n'est pas vécue de la même façon d'une jeune fille à une autre et qu'il y a une pluralité de situations. Si une tranche d'âge est délimitée, l'âge de la puberté reste variable. Avoir ses premières règles à neuf ans n'a pas les mêmes incidences sur le comportement en matière de gynécologie que lorsqu'elles surviennent à quatorze ans. Le rapport au corps est différent. Cette différence semble trouver ses fondements en partie dans la sphère familiale en ce qu'un rapport spécifique au corps et à la féminité est transmis à la fois implicitement par la mère et explicitement lorsque celle-ci conduit sa fille chez le gynécologue. Enfin, cela montre que le processus d'autonomisation et d'affirmation de soi caractéristique de l'adolescence n'est pas systématiquement enclenché par les premiers signes physiologiques de la puberté. Même si trois cas de figure se dégagent au regard de nos matériaux d'enquête, il apparaît qu'il n'y a pas un comportement en gynécologie à la puberté mais une pluralité. Notons aussi que cette puberté n'amène pas toutes les jeunes filles chez le gynécologue.

S'intéresser aux motifs de consultation tels qu'ils sont exposés dans le cadre de la consultation ainsi qu'aux circonstances qui amènent les femmes à consulter, a permis de montrer que les femmes ont parfaitement intégré la nécessité de consulter en gynécologie

alors même qu'elles n'ont pas de « plaintes » particulières à exprimer. Le fait de consulter peut en revanche donner lieu à l'identification par le médecin de problèmes auxquels les femmes ne prêtaient pas d'importance démontrant par là même que la médicalisation préventive peut, comme le soulignait H. Bretin en référence à Illich, « *transformer tout individu en malade potentiel et en consommateur de soins* » (1992 : 170). Nous avons donc cherché à comprendre ce qui dans l'interaction de cette consultation amenait les femmes à intégrer la nécessité de consulter et à inscrire leur corps dans un processus de médicalisation.

Chapitre 7 Des représentations aux normes médicales

Ce chapitre a pour objectif de montrer les mécanismes par lesquels les femmes sont amenées à s'inscrire dans un suivi gynécologique et à souscrire à la médicalisation de leur corps. Bien des auteurs ont montré que la médicalisation est productrice de normes. Notre propos ne sera donc pas tant de repérer les normes qui sont ici construites que d'apporter un éclairage sur le processus qui conduit les femmes à s'y conformer. En prenant comme point d'appui le fait que « la norme est toujours seconde » et « qu'elle apparaît comme l'instrument d'un pouvoir de mise en ordre et de préservation de l'ordre existant » (D. Lecourt, 2004 : 791), nous nous attacherons dans un premier temps à identifier « l'ordre du corps » qu'il convient de préserver dans le cadre de cette consultation gynécologique. Il apparaîtra que les représentations de cet ordre, à partir desquelles vont être définies des normes médicales, s'inscrivent dans une proximité des savoirs, profane et scientifique. C'est bien parce qu'il y a une telle proximité des savoirs que les normes médicales vont pouvoir s'exercer avec d'autant plus de force puisqu'elles n'auront pas caractère d'étrangeté ou d'extériorité. Par ailleurs, la propension des femmes à maintenir le Savoir scientifique à distance entretient un savoir profane diffus et confus sur le corps et son fonctionnement renforçant par là-même le statut et le pouvoir du médecin dans sa capacité à imposer les normes médicales.

Afin de préserver l'ordre du corps, des moyens sont mis en œuvre au titre desquels le recours hormonal occupe une place privilégiée. Les traitements hormonaux permettent de préserver l'ordre du corps et entraînent une normalisation et une uniformisation des corps (Oudshoorn, 1994). Si cela permet aux femmes d'être libérées des contraintes physiologiques féminines, cela contribue à mettre « sous silence » les fonctions reproductives. La manière dont s'opère le choix de la méthode contraceptive ainsi que l'analyse des effets produits par l'interruption hormonale à 40 ans feront apparaître que préserver l'ordre du corps ne s'inscrit pas dans l'unique souci de libérer les femmes mais également dans celui de légitimer une spécialité médicale en s'assurant une clientèle dépendante d'une part et qui n'ait pas à « se plaindre tout le temps » d'autre part.

7.1 L'ordre du corps et le jeu des savoirs

7.1.1 Au fondement de cet ordre : les règles

La locution « tout est en ordre » est énoncée avec récurrence dans les consultations et synthétise à elle seule l'objectif poursuivi par les médecins et les patientes : s'assurer que le corps est « en ordre » et qu'il n'est pas en proie à un « désordre ». Le sens et la portée de cette locution ne sont compréhensibles qu'à travers l'analyse de l'interrogatoire mené par le médecin et la manière dont il prend en compte les réponses apportées par les patientes. Cet ordre repose principalement sur le cycle menstruel que tous les gynécologues interrogent systématiquement au début de la consultation. Témoin essentiel du fonctionnement de l'appareil génital féminin, les règles s'inscrivent dans un schéma clinique qui constitue un cadre normatif. Des règles qui ne correspondent pas à ce schéma peuvent alors être le signe d'un dysfonctionnement sur lequel il faut agir, ce dysfonctionnement étant contraire à l'ordre attendu et le signe d'un désordre.

Les règles témoignent du fonctionnement interne et plus particulièrement des capacités ovulatoires d'une femme ainsi que l'explique le Dr A. (femme) :

« Oui, ça signe pas une fertilité à 100% mais c'est plutôt un signe positif d'avoir des règles régulières, ça veut dire que d'un point de vue hormonal, on a quelque chose qui permet de faire pousser un nid dans l'utérus et qui s'en va tous les mois. Donc déjà sur le plan hormonal, on a déjà une indication. Donc les ovaires fonctionnent et si les ovaires fonctionnent on peut penser que la dame ovule. »

Les femmes ont intégré le fait que les règles sont le témoin visible du fonctionnement interne de leur corps et elles y accordent, de ce fait, pour nombre d'entre elles une attention particulière. L'absence ou les retards de règles sont interprétés comme étant le signe soit d'une grossesse soit d'une pathologie. Ce savoir s'acquiert progressivement, les jeunes filles ne s'inquiétant pas de l'irrégularité de leurs premières règles. Même si elles peuvent consulter

pour ce motif, c'est généralement l'inquiétude de la mère qui les amène au cabinet de gynécologie, nous l'avons souligné.

Les entretiens réalisés auprès de femmes révèlent le caractère confus du savoir sur les règles et leur fonction et ce, quel que soit l'âge ou encore l'origine sociale des femmes interrogées.

« C'est marrant personne ne sait ce que c'est les règles même celles qui ont fait Science Po, je ne sais pas pourquoi. Quand elles viennent pour une première contraception je leur explique mais les règles je ne sais pas si les profs ont bien expliqué. Je pense que ce n'est pas évident de parler devant une classe de garçons et de filles de règles. Les règles ça doit faire ricaner, ça doit être gênant de parler de ça, enfin je ne sais pas. » (Dr C., femme)

Pourtant, si elles reconnaissent avoir reçu des informations dans le cadre scolaire, elles affirment aussi les avoir partiellement ou totalement oubliées. L'école transmet en effet des informations scientifiques sur le corps et son fonctionnement. Cependant, cette information reste diluée et fragmentaire. Ne faisant pas systématiquement l'objet d'un enseignement, elle peut être transmise à l'occasion des séances consacrées à la sexualité et surtout elle reste majoritairement dispensée bien après que les filles aient eu leurs premières règles (Mardon, 2006). Un savoir lié à l'expérience s'est déjà constitué qui, associé à celui acquis par le biais de la transmission familiale et des groupes de pairs, offre une résistance à l'acquisition du savoir scientifique car comme le souligne A. Cicourel : *« Les croyances typiquement capables de résister au changement remontent à l'inculcation préscolaire qui n'est pas remplacée par le savoir acquis à l'école »* (2002 : 65). Par ailleurs, la manière dont est transmis ce savoir révèle la difficulté pour les enseignants de parler du corps et de ses parties intimes ou de la sexualité tant les supports pédagogiques mobilisés⁹⁶ confèrent au corps une dimension virtuelle et immatérielle. Etablir un lien entre son propre corps et les informations proposées implique un effort mental que les collégiens ne sont peut-être pas disposés à fournir. Maintenir à distance le savoir scientifique est aussi une manière de se rendre plus à l'écoute de son propre corps qui, à l'adolescence, fait l'objet d'une attention particulière au regard des transformations qu'il subit. L'apprentissage des fonctions physiologiques du corps à travers la gestion et l'acceptation de ces transformations ne laissant pas de place à une autre forme de

⁹⁶ En témoigne un documentaire sur la reproduction, destiné aux élèves de 3^{ème} et que nous avons pu visualiser par hasard chez un ami professeur des collèges. La reproduction y est expliquée à partir d'images virtuelles mettant en scène des petits personnages tirés du registre des bandes dessinées en lieu et place des ovules et des spermatozoïdes. Les procédés utilisés conféraient une dimension très irréaliste, distanciée et abstraite au corps et à son fonctionnement.

savoir. Force est de constater qu'ils ne mémorisent pas toujours les informations transmises ainsi qu'en témoignent les propos de nos interlocutrices.

« Je sais qu'à l'école j'ai vu des schémas, des documentaires, j'en ai vu beaucoup même mais je ne m'en souviens plus » (Eugénie, 27 ans)

Au cours de notre entretien, c'est avec beaucoup de difficultés que Sylvie (29 ans) m'explique la signification et le rôle des règles :

« C'est, heu, [silence], je ne sais pas bien, euh, [silence], disons que c'est l'utérus qui se gonfle et comme il n'y a pas d'enfant, il se perce, enfin il se vide. Je crois que c'est à peu près ça »

D'autres femmes ont dit clairement ne pas savoir à quoi correspondait le flux menstruel. Ingrid en revanche affirme connaître le fonctionnement de ses organes :

« A priori je sais, je l'ai appris avant et je n'ai pas besoin du gynécologue pour savoir comment fonctionne mon corps ».

Elle nous donne en effet une explication très claire du cycle menstruel. Ingrid fait néanmoins figure d'exception. La majorité des femmes interrogées ne gardent pas en mémoire les informations pourtant reçues et apprises dans le cadre scolaire. Cette mise à distance du savoir scientifique n'est toutefois pas spécifique à l'adolescence, les femmes ne retenant pas plus les informations délivrées par les gynécologues. Il nous a en effet été donné de constater que les médecins rappelaient assez systématiquement le fonctionnement du cycle ovarien à l'aide de croquis qu'ils réalisaient eux-mêmes.

« Non, pas sur le corps. Sur le corps elles ne savent rien. Elles ne savent pas comment elles sont faites. C'est assez surprenant de voir ces gens qui sont très évolués quand vous leur parlez d'un utérus ne savent pas ce que c'est qu'un utérus, ils ne savent pas où c'est. La confusion utérus vagin est permanente, si vous touchez à mon utérus vous touchez à ma sexualité. On reprend des planches anatomiques, on explique, on regarde et tout ça. Ah oui. Je leur fais souvent des dessins pour leur expliquer que quand elles se palpent le sein, elles trouvent cet aspect de raisin. Les gens sont encore très ignorants de leur corps. Je leur donne des explications et après elles en font ce qu'elles veulent mais je les sens très intéressées. » (Dr C., femme)

Les femmes, pourtant attentives aux explications fournies par les médecins, n'en mémorisent que quelques bribes qu'il leur est difficile de reproduire comme en témoigne le récit très confus de Audrey (23 ans) sur la façon dont un contraceptif agit sur le fonctionnement ovarien :

« Ça empêche [silence], oh, j'ai su ça ! Euh, précisément, il faut que je remette les idées en place là, c'est des choses que l'on m'a expliquées. Ça empêche le développement de l'ovulation, enfin de l'ovaire, du cycle de l'ovulation et je sais, en fait je pense mais je ne sais pas si c'est toujours comme ça mais le fait d'avoir ses règles, c'est une hémorragie artificielle. Je pense que les pilules minidosées bloquent plus ou moins et que l'ovulation peut reprendre plus rapidement après l'arrêt de la pilule »

Ce témoignage illustre aussi la place de la réinterprétation des informations transmises de manière à les rendre plus acceptables. Croire que les pilules minidosées impactent plus modérément le processus ovulatoire est certainement pour Audrey une manière de se rassurer et d'accepter plus facilement de modifier le fonctionnement naturel de son corps en prenant la pilule. En consultation les occasions de constater la distance que les femmes instaurent vis-à-vis du fonctionnement du corps ont été nombreuses. Des particularités anatomiques révélées au cours de l'examen gynécologique ou la découverte de pathologies bénignes n'entraînaient qu'exceptionnellement des questions de la part des patientes. L'extrait d'observation suivant illustre cette absence de questionnement.

« Un beau polype ! »

Au cours de l'examen au spéculum d'une patiente âgée de 55 ans, le Dr H. déclare :

« Voilà un beau polype du col qui ne demandait qu'à se décrocher ! ».

La patiente ne dit rien et ne manifeste aucune expression de surprise ou d'inquiétude. Elle reste muette tandis que la gynécologue retire le polype en question et précise :

« Je vais le faire analyser par principe mais pas de panique ».

La patiente ne relève pas cette remarque et reprend la conversation que cette découverte avait interrompue :

« Ce qui m'inquiète, c'est qu'elle [sa fille enceinte de 8 mois] est grosse, je trouve et puis ils

vont déménager ».

Le Dr H. s'exclame alors :

« C'est incroyable, il faut toujours qu'elles déménagent quand elles sont prêtes d'accoucher ! ».

La consultation s'est poursuivie autour de cette discussion et il n'a plus été question du polype retiré.

L'interprétation du silence de cette patiente n'est pas aisée. Il pourrait être attribué à l'effet de surprise bien qu'aucune expression de ce type ne soit apparue sur son visage. On pourrait également y voir la difficulté à parler du corps et de ses manifestations puisqu'il occupe toute la scène en étant à ce moment-là dénudé et exploré. Néanmoins, le fait que ce polype ne fasse pas l'objet du discours une fois la patiente rhabillée permet d'écarter cette hypothèse. La découverte de ce polype peut par ailleurs s'inscrire dans une histoire gynécologique marquée par la présence régulière de polypes ce qui pourrait expliquer que la patiente ne semble pas y accorder d'importance. La récurrence avec laquelle ce genre de situation a pu être observé laisse penser que la majorité des patientes cherche surtout à maintenir une distance entre ce qu'elles savent de leur corps et le savoir scientifique divulgué par le médecin. Le récit de Sylvie (29 ans) sur une particularité de son anatomie est de ce point de vue révélateur.

« J'ai une particularité anatomique »

Sylvie m'explique avoir une particularité anatomique que son gynécologue lui a révélé au cours d'un examen gynécologique quelques mois avant notre rencontre.

« J'ai une particularité anatomique et c'est le gynécologue qui me l'a dite. Ca a changé la perception que j'avais de mon corps mais je ne visualise pas très bien »

Comme Sylvie ne précise pas de qu'elle particularité il s'agit, je lui demande si elle peut m'expliquer :

« Bon alors, je vais essayer d'expliquer. Alors, je crois que j'ai l'utérus qui est en arrière. »

C'est là, la seule explication que Sylvie était en mesure de donner. La retroversion de l'utérus semble relativement fréquente même si la position « normale » est ante-versé de sorte que l'utérus puisse se développer lors de la grossesse. La position retro-versé ne

présente dans la majorité des cas aucun obstacle à la reproduction car l'utérus se positionne naturellement en avant dans les premiers mois de grossesse. Les conséquences de cette position peuvent être des douleurs pendant les règles, l'utérus pouvant alterner à ce moment là les deux positions, ce mouvement pouvant provoquer des contractions douloureuses.

Pourtant, Sylvie nous rapporte cette particularité comme une exception anatomique qui entraîne une légère inquiétude doublée d'une certaine fierté à être différente mais qui ne suscite pas chez elle le désir d'en savoir d'avantage :

« J'ai demandé si ça pouvait avoir des conséquences, on m'a dit « non, il suffit de savoir ». Mais je n'ai pas posé de question plus en avant non plus. Le fait que ça n'est pas de conséquence, c'est le plus important ».

La difficulté à décrire le fonctionnement des règles ou de l'appareil génital relève très probablement de la peur de dire des bêtises (Durif-Bruckert, 1994). Cela tient surtout aux organes concernés. Autant décrire le cœur, les poumons ou l'estomac n'entraîne généralement pas trop d'hésitation même si les descriptions fournies sont le plus souvent éloignées de la réalité anatomique (Durif-Bruckert, *op. cit.*), autant ce qui a trait aux organes de la reproduction pose problème : *« la sphère génitale résiste particulièrement au savoir scientifique, tellement elle est chargée de fantasmes, de mystères et de craintes, et tant elle engage émotionnellement la personne qui vient à en parler »* (Durif-Bruckert, *op. cit.* : 65). Impossible de ne pas établir de lien entre cette incapacité à dire ou à mémoriser et les normes sociales qui imposent de taire ces parties du corps. Même si aujourd'hui les mères préviennent plus souvent leur fille de l'arrivée des premières règles, elles sont encore nombreuses à ne pas en parler vraiment et les informations données sont minimalistes et ce quel que soit l'âge ou le milieu social comme en témoignent les extraits suivants :

« Quand j'ai eu mes règles, ma mère m'a dit « le chien blanc t'a mordue ». J'ai dit « mais non je n'ai pas de chien blanc qui m'a mordu, qu'est-ce que c'est que cette histoire ? ». A l'époque c'était tabou, on ne nous expliquait pas. Quand j'ai accouché, je ne savais pas par où ça allait passer. Pour moi, ça passait là [désigne son nombril], ça ne passait pas par en dessous. Et puis une amie de ma mère m'a dit « ben, tu l'as eu là, ben y va repasser par là ». On avait l'air ridicule ! C'est pour ça j'ai dit « non, avec ma fille, ça sera pas pareil ». Je lui ai dit pour les règles mais c'est pas si facile en fin de compte, c'est bête hein ! ». (Josette, 59 ans)

« Ma fille aînée va avoir 10 ans et je vais lui en parler d'ici à un an pour la prévenir. Mais je sais qu'elle a aussi des informations à l'école et puis entre copines, elles en parlent beaucoup. »
(Martine, 40 ans)

« Elle [sa mère] m'a juste prévenue que ça va arriver et comment on se protège, c'est tout »
(Marie, 35 ans)

« Avec ma mère on parle pas de ça, c'est pas que c'est tabou, non, si j'ai des questions je sais que je peux les poser mais en fait c'est plus avec les copines que j'en parle, pas avec ma mère peut-être parce que ça la gêne un peu » (Cécile, 22 ans)

Ainsi que le souligne A. Mardon, ce serait une erreur d'attribuer ce silence autour des règles aux seules difficultés des mères à en parler. Le processus de sexualisation en cours à la préadolescence introduit une pudeur des filles qui refusent alors pour nombre d'entre elles toute discussion avec leur mère à ce sujet (Mardon, *op. cit.*).

Puisque les femmes considèrent les règles comme le témoin visible du fonctionnement interne du corps et qu'elles y accordent aussi une attention particulière, l'interrogatoire mené par le gynécologue sur leurs cycles menstruels ne les surprend pas et les confortent dans leurs croyances. En outre, la mise à distance du savoir scientifique et du corps lui-même ainsi que le caractère flou des connaissances que les femmes ont du fonctionnement de leur corps, permet aux médecins de s'ériger en détenteurs du Savoir et ainsi d'asseoir leur pouvoir. L'analyse des critères retenus pour évaluer la « normalité » des règles révèle les normes que la médecine contribue à perpétuer et/ou à construire comme nous allons le voir.

7.1.2 Des critères normatifs

L'inutilité physiologique des règles a été démontrée par la médecine occidentale (Espié, 1988) et elle est régulièrement rappelée aux patientes qui regrettent de ne pas ou de ne plus en avoir. Cependant, elles font en consultation systématiquement l'objet d'un questionnaire de la part des gynécologues et ce quelque soit l'âge des patientes. Les questions posées dessinent le cadre normatif que l'analyse des réponses apportées aux dysfonctionnements repérés permettra de préciser ultérieurement. L'interrogatoire débute toujours par le rappel de la date des dernières règles souvent rapportée sans hésitation par les patientes soit parce qu'elles

l'inscrivent systématiquement dans leur agenda, témoignant ainsi de l'attention conférée aux menstrues, soit parce qu'elles savent qu'elles devront répondre à cette question et qu'elles s'y sont préparées. Cette information permet au gynécologue d'évaluer plus finement au cours de l'examen gynécologique l'état de l'utérus et de la muqueuse. La fréquence du cycle représente le deuxième aspect investigué. Si les gynécologues veulent connaître le nombre de jours entre chaque cycle menstruel, ce qu'ils cherchent à évaluer plus particulièrement est la régularité de son apparition. Un cycle menstruel est évalué autour d'une durée moyenne de 28 jours.

« C'est un écoulement de sang qui doit se faire une fois par mois mais pas forcément les mêmes jours, ça peut varier de 5 jours, on est bien d'accord et qui dure 8 jours maximum surtout en début de vie génitale et qui ensuite se régularise autour de 4-5 jours. Elles peuvent s'accompagner de douleurs de règles qui signent la présence de contractions pour chasser ce sang, surtout au début quand on a des règles importantes, il y a quelque chose d'important à chasser. L'abondance, eh ben qu'est-ce que c'est la norme, elle est définie en fonction de chacune, là c'est difficile à dire. Moi j'évite de donner des normes parce que les gens rentrent dans leurs carcans et comptent leur nombre de serviettes et tout d'un coup ils vont être consommateurs alors qu'ils ne l'étaient pas jusqu'à présent. Voilà ce que je dirais globalement de ce que devraient être les règles. » (Dr A., femme)

Le fait qu'une majorité de patientes aient présenté des cycles conformes à cette durée tient pour beaucoup au fait qu'elles prenaient un contraceptif oral ayant la particularité d'instaurer cette régularité. Certaines ne manquaient pas de le rappeler :

« J'ai des règles tous les 28 jours, c'est réglé comme du papier à musique. Mais c'est normal puisque je prends la pilule, non ? ! »

Le flux (abondantes ou peu abondantes), la couleur (foncées, claires), la consistance (chargées de caillots, fluides) et parfois même l'odeur sont également interrogées et évaluées. Ces critères constituent autant d'éléments auxquels les femmes prêtent d'elles-mêmes une observation attentive les amenant parfois à questionner le gynécologue sur la couleur ou la consistance du sang de leurs règles. Qu'ils soient considérés et évalués dans le cadre de cette consultation contribue à renforcer leur caractère normatif. Ils présentent néanmoins des difficultés à l'évaluation car ce qui peut être considéré comme un flux abondant pour une femme peut ne pas l'être pour une autre. Afin de se faire une idée plus précise les

gynécologues questionnent parfois sur le nombre de protections hygiéniques utilisées. C'est ainsi que certaines femmes affirment devoir en superposer deux très épaisses afin d'éviter les débordements. Ces règles abondantes représentent parfois un inconfort et une fatigue (la perte de sang entraînant souvent une anémie en fer) et constituent une plainte adressée au médecin afin qu'une solution soit apportée. Mais il apparaît aussi qu'un flux abondant ou des règles douloureuses ne font pas systématiquement l'objet d'inquiétude ni ne déclenchent l'expression d'une plainte en consultation. Ces particularités peuvent en effet s'inscrire dans un autre « ordre » : celui de la filiation.

7.1.3 La filiation du corps

Une attention toute particulière est en effet accordée à la filiation du fonctionnement génital en lignée maternelle. C'est-à-dire que le médecin comme la patiente considèrent la physiologie féminine comme étant le produit d'un héritage et que toutes les femmes d'une même lignée peuvent présenter des fonctionnements identiques et des pathologies communes pour ne pas dire « familiales ». Sera ainsi qualifié de « normal » un flux abondant ou au contraire peu abondant si les femmes de la lignée maternelle de la patiente et plus particulièrement sa mère présente ou présentait la même caractéristique : à une patiente qui affirmait au Dr K. (femme) « *on est toutes comme ça dans la famille donc je ne me pose pas de question* », aucun examen complémentaire ni aucun traitement n'ont été prescrits pour modifier le flux des règles pourtant jugé abondant. Si au contraire les règles présentent une spécificité au regard du contexte familial, cette spécificité sera non seulement prise en compte mais un traitement sera recherché. Les représentations que les femmes ont de ce que doivent être les règles ont très souvent pour origine les menstruations maternelles à partir desquelles elles construisent leur savoir. A travers les attitudes, les gestes ou les paroles de leur mère en période de menstruation, les filles intériorisent une certaine idée de ce que sont et doivent être les règles. Pour Isabelle elles sont douloureuses comme elles l'étaient pour sa mère :

« Ma mère a toujours eu des règles douloureuses. Je me souviens qu'elle restait allongée des journées entières quand elle les avait »

Une patiente âgée de 26 ans justifie son inquiétude vis-à-vis du faible flux de ses règles en faisant référence à sa mère en ces termes :

« Je suis surprise parce que je vois ma mère, elle avait des règles plus abondantes, fallait voir le nombre de serviettes qu'elle utilisait ! »

La force de cette transmission implicite n'est pas contredite par les médecins. Au contraire, la croyance en une filiation du corps est renforcée par la recherche d'antécédents familiaux.

La filiation du corps en lignée maternelle ne concerne pas uniquement les règles mais également les pathologies au titre desquelles les cancers de l'appareil génital (seins, utérus, ovaire). Chaque fois que des cas de cancers gynécologiques ont été signalés du côté paternel (grand-mère, tante ou cousine paternelles), le risque de déclarer une telle maladie a tout de suite été écarté de la même manière que le sont des pathologies cancéreuses contractées par les père, grand-père, frère, oncle ou cousin. Les problèmes cardiovasculaires, les varices ou les phlébites font également l'objet de questionnement sur les antécédents familiaux. Là encore, dans le cas où un parent de la branche maternelle a été atteint de l'une de ces maladies et uniquement dans ce cas précis, le gynécologue poursuit son investigation en interrogeant l'âge auquel est survenue la pathologie. Ainsi, une femme se plaignant de « jambes lourdes » amenait systématiquement le médecin à demander « *rappelez moi, votre mère ou votre grand-mère maternelle ont fait des phlébites ?* ». A une patiente âgée de 36 ans qui mentionnait une grosseur au sein droit le Dr M. (homme) demandait : « *Il y a eu des cancers du sein du côté de votre mère ?* ». Pourtant, si les antécédents familiaux présentent un facteur de risque important dans l'apparition de pathologies cardio-vasculaires, la transmission de ces facteurs ne semble pas limitée à la branche maternelle :

« La notion d'histoire familiale (les antécédents familiaux) est importante et le bilan de risque cardio-vasculaire doit tenir compte des maladies cardio-vasculaires et de l'âge de survenue pour l'ensemble des membres de la famille » (2004 : 48)⁹⁷.

La prise en considération de cette filiation a pour conséquence d'accorder une vigilance accrue auprès des femmes qui ont eu dans leur lignée maternelle des cancers gynécologiques.

⁹⁷ La prévention des maladies cardio-vasculaires, dossier coordonné par X. Girerd, ADSP, n°47, juin 2004, pp 20-60.

Le médecin n'attendra pas que la patiente ait atteint l'âge requis (fixé à 40 ans) pour prescrire des mammographies.

« C'est vrai qu'on est beaucoup plus attentifs quand une femme a des antécédents familiaux de cancers du sein. On ne peut pas accorder cette même vigilance à toutes les femmes, ce n'est pas possible. On passe du coup certainement à côté de problèmes qui pourraient être dépistés plus tôt, c'est vrai » (Dr B., femme)

Des études génétiques ont montré qu'il existe des prédispositions familiales au cancer du sein transmises par une altération du gène BRCA⁹⁸. Si la transmission de l'altération de ce gène est attestée, il n'est en revanche pas précisé que cette transmission serait exclusivement réalisée par les femmes. Les deux exemples retenus dans cet article à titre illustratif concernent pour l'un l'inquiétude d'un père pour sa fille au regard des morts successives des femmes de sa famille (mère, sœurs et tantes du père), pour l'autre celle d'une femme de 39 ans dont deux sœurs, deux tantes maternelles et une cousine maternelle ont déclaré un cancer du sein. Ces études ont donné lieu à des recommandations en matière de prévention et de prise en charge des femmes présentant une altération de ce gène : examen clinique annuel dès 20 ans, suivi mammographique annuel dès 30 ans, voire 5 ans avant l'âge au diagnostic du premier cas de cancer du sein dans la famille. L'altération de ce gène entraîne le risque de déclarer un cancer ovarien. Une prise en charge particulière est également recommandée : examen pelvien clinique bi-annuel dès 35 ans avec échographie pelvienne annuelle associée à un Doppler effectué en début de cycle. Une ovariectomie prophylactique est recommandée dès 40 ans, voire 35 ans si la femme a accompli son projet parental. Une telle prise en charge est devenue possible depuis que l'on est en mesure d'identifier si une femme a hérité d'une altération du gène BRCA. Néanmoins, ces tests génétiques sont encore peu fréquents en raison du coût financier qu'ils représentent.

En outre, au regard du nombre croissant de cancers du sein chez des femmes de plus en plus jeunes et ne présentant pas d'antécédents familiaux, les gynécologues s'avouent inquiets et désespérés.

« En fait on ne maîtrise pas le corps et on ne sait pas grand-chose des maladies sauf qu'elles peuvent nous toucher, certaines dans des proportions de probabilité importante comme le cancer du sein » (Dr J., femme)

⁹⁸ Stoppa-Lyonnet D., (2001), Cancer du sein familial. Diagnostic présymptomatique d'une maladie pour laquelle existent des mesures préventives et thérapeutiques, ADSP, n°34, mars, pp 52-55.

L'ordre du corps s'inscrit dans un ordre des choses dans lequel l'héritage familial occupe une place centrale. Peu importe ici qu'il soit scientifiquement prouvé ou non. Ce qui est intéressant en revanche, c'est de constater que les croyances relatives à un héritage en lignée maternelle trouvent un écho dans le discours médical qui, parce qu'il y accorde de l'importance, participe à les renforcer.

Toutes les femmes ne partagent pas ces croyances et ne comprennent pas l'insistance de leur gynécologue à régulièrement les questionner sur leur mère comme en témoigne Marie (35 ans) :

« C'est bien simple, quand elle [la gynécologue] me pose des questions sur ma mère, je ne réponds pas. Elle est là pour s'occuper de moi, pas de ma mère ! »

Ce genre d'attitude est généralement interprété comme le signe d'une mauvaise relation à la mère.

« Quand une femme ne veut pas parler de sa mère, en général c'est le signe d'une mauvaise relation, de tensions qui peuvent être passagères mais qui peuvent aussi être anciennes » (Dr B., femme)

Le Dr I. Borten-Krivine reconnaît la place qu'ils accordent en tant que médecin à la mère de leurs patientes en ces termes :

« On est à l'affût des points de fragilité, des maladies, des failles de la mère pour éclairer l'avenir de la fille. Certaines vivent mal cette recherche pourtant faite dans leur intérêt. Quelle que soit leur « délicatesse », nos questions font ricochet sur la relation, heureuse, ambivalente ou malheureuse, à la mère » (2004 : 97).

Des douleurs gynécologiques ou tout simplement des règles douloureuses trouvent une interprétation du même ordre. Parce que les règles renvoient à la féminité, elles peuvent être mal vécues à cause d'une image négative de la féminité transmise par la mère. Les règles peuvent également symboliser inconsciemment la mère.

Le gynécologue se considère alors comme un « tiers séparateur » entre mère et fille. Les gynécologues femmes disent être pour leurs patientes « la bonne mère », celle qu'elles ont

choisie, celle qui en quelque sorte a le bon rôle. Car comme le soulignait Le Dr Sylvie Angel (psychanalyste, thérapeute familial) le XXème siècle a particulièrement stigmatisé les mères :

« La mère est responsable de tout, de tous les maux de son enfant. Or l'enfant est au cœur d'un contexte familial où tous les membres de la famille interagissent. Il ne faut pas oublier que les filles ont aussi un père, un frère, en tout cas pas uniquement une mère. La stigmatisation des mères est extrêmement culpabilisante »⁹⁹.

L'objectif de cette consultation de gynécologie va donc consister à préserver l'ordre du corps, éviter les désordres et/ou le remettre en ordre. Le plus souvent, c'est à l'aide de traitements hormonaux que cet ordre est rétabli et maintenu. Nous verrons à quels moments de la vie physiologique ils sont prescrits et pour quels motifs. Le plus souvent aucun « désordre » n'est constaté avant qu'un traitement hormonal ne soit prescrit. La contraception qui représente un motif principal de consultation reste majoritairement la pilule. Les propriétés de ces contraceptifs ont la particularité de correspondre aux critères préalablement rapportés : la régularité des règles, la maîtrise des flux, la réduction des douleurs. C'est que cette mise en ordre repose et s'articule autour d'un autre objectif qui est de « vivre bien sa féminité ». C'est-à-dire qu'il ne faut pas que les règles soient une entrave à la féminité, c'est à dire que les femmes n'aient pas à s'en plaindre. Cela constitue un autre point de rencontre et d'entente entre les femmes et les gynécologues.

7.2 Vers une définition de la féminité

La gestion médicale du corps des femmes dans le cadre de cette consultation repose sur les représentations que les médecins ont de ce corps ainsi que sur la définition qu'ils donnent de la féminité. Avant tout d'ordre physiologique, la féminité est essentiellement définie autour des fonctions reproductives, les règles étant l'élément permettant aux femmes d'en prendre conscience à la puberté et de le garder à l'esprit ensuite. Les gynécologues et plus particulièrement les gynécologues femmes, confèrent également une place à l'esthétique dans cette définition de la féminité, à travers des rappels à l'ordre et des conseils qui enjoignent les femmes au contrôle de soi.

⁹⁹ Congrès internationale de gynécologie psychosomatique, Paris, Juillet 2004.

7.2.1 Féminité rime avec maternité

Etre une femme est, selon les gynécologues interrogés, ne pas être un homme, la différence entre femme et homme reposant sur les capacités reproductives des femmes et dont sont dépourvus les hommes comme l'explique le Dr A. (femme) :

« Pour moi être une femme, la première chose que je dirais, c'est la faculté de reproduction. C'est à dire le potentiel d'être mère. Pour moi c'est la différence essentielle avec l'homme. Donc il y a un sens particulier à la sexualité que n'ont pas les hommes. Derrière sexualité, il y a reproduction et tous les écueils qui vont avec. Ça peut être une grossesse qu'on n'a pas désirée, un enfant qu'on n'a pas désiré. Il y a toujours cette procréation qui est en nous parce qu'on va le porter parce que si il y a un acte à faire ce sera sur nous. Donc reproduction, femme, voilà. »

C'est donc autour de cette capacité reproductive qu'est définie la féminité. La construction de l'identité sexuée est progressive et s'articule autour de l'évolution de l'appareil génital et reproductif. Chaque petite fille naît avec la mission de devenir mère un jour parce que dès la naissance elle est dotée d'un potentiel de follicules. Toute la vie de la femme consiste à gérer ce pouvoir de reproduction aux différentes étapes de son existence physiologique depuis la naissance jusqu'à l'arrêt du fonctionnement ovarien. Le Dr A. présente ces différentes étapes dont la plus épanouissante est, selon elle, celle qui correspond à la période reproductive qu'elle situe entre 25 et 35 ans. « 40 ans » apparaît dans son discours comme constituant une étape charnière que la femme doit mettre à profit pour anticiper la perte de ce pouvoir en donnant un autre sens à sa vie :

La féminité selon le Dr A.

En entretien, le Dr A. donne sa définition de la féminité qu'elle nous livre comme une leçon apprise par cœur :

« Déjà à la naissance on a le sexe d'une fille, on a le potentiel de follicules, tout est programmé pour qu'on devienne une femme. Donc l'enfance on l'a déjà dit, c'est la préparation à l'idée d'être une femme avec toutes les missions et essentiellement la fonction

de reproduction et le potentiel d'être une mère. L'adolescence c'est la métamorphose pubertaire et donc l'expression organique, anatomique, physiologique de ce potentiel qui va s'exprimer donc l'arrivée des règles, les seins, les poils et donc heu ces premières choses qui font que l'on change physiquement qui est assumé plus ou moins suivant les atouts de chacune. Ensuite 20-25 ans c'est le processus de sexualisation, l'idée que l'on puisse passer à l'acte et cette sexualité sous tendant à la fois la reproduction toujours parce qu'on va anticiper ce pouvoir de reproduction en utilisant un moyen de contraception. Après la tranche 25-35 ans, c'est je dirais la femme accomplie, qui a de l'expérience, qui sait mieux gérer sa sexualité, qui la dissocie plus facilement, qui sait mieux gérer cette ambivalence entre sexualité et reproduction. Et ensuite il y a la femme mature après 40 ans qui est dans un carrefour de sa vie, c'est à dire que, elle va devenir une femme d'expérience, qui va évoluer vers un sujet un objet moins sexuellement attractif mais qui peut nourrir d'autres projets, d'autres ambitions en soi même en dehors de la reproduction, trouver autre chose. Ensuite c'est la perte de ce pouvoir de reproduction à partir de 50 ans, donc est une femme différente parce qu'on n'a plus ce potentiel d'être mère. Voilà, donc toujours définie autour de cette reproduction en fait. »

Contrairement aux autres gynécologues interrogés, elle évoque assez rapidement la force du processus de socialisation sexuellement différencié :

« Moi, je dirais très, très tôt, quand on joue à la maman quand on est petite. Déjà, on est intégrée dans cette image de l'identification féminine avec ce pouvoir de reproduction. J'attendrais pas la puberté. Quand on met des robes, quand on a les cheveux longs avec des barrettes, on est déjà dans cette dynamique de devenir une femme. Normalement, cérébralement, je dirais qu'on est une femme très tôt. Je dirais 6 ans parce que c'est le moment où on joue au papa et à la maman, on fait la différence entre être un garçon et une fille et le rôle de chacun. »

En consultation, la mission reproductive ou procréatrice fait l'objet de rappels auprès des patientes qui se situent dans la tranche d'âge définie comme étant la plus appropriée pour procréer. Le Dr D. (homme) avait pour habitude de conclure son examen gynécologique par « *Tout va bien, vous pouvez en faire un autre* ». Au cours de l'examen gynécologique, le Dr H. (femme) constatant que sa patiente âgée de 28 ans est en période d'ovulation s'exclame joyeusement « *eh cocotte vous êtes en train d'ovuler, c'est le moment de faire un petit !* », avis que la patiente ne partageait pas. Ces rappels à la maternité peuvent prendre l'allure de

véritables injonctions envers les patientes dont l'âge se situe entre 34 et 40 ans n'ayant pas encore eu d'enfant :

« Votre utérus est parfait ! C'est le moment ou jamais de faire un enfant parce qu'à votre âge [35 ans] ça devient plus dur. Après, si vous attendez plus longtemps, c'est quand même plus compliqué, c'est plus long et puis, il y a des risques quand même ! Vous savez à partir de 33 ans les risques de malformation commencent à être importants. A vous de voir, mais là on est encore dans du confortable, après c'est plus compliqué » (Dr M., homme)

Les attitudes des médecins sont néanmoins différenciées. Le Dr D. (homme) relativise par exemple beaucoup plus les risques liés à une grossesse plus tardive que le Dr M. (homme) ainsi qu'en témoignent les propos tenus à une patiente de 36 ans :

Dr D. : *« Vous avez une contraception ? »*

Patiente : *« Non parce que mon mari est officier marin et puis si je tombais enceinte ce ne serait pas grave même si les médecins disent que je suis trop vieille »*

Dr D. : *« Vous avez quel âge ? »*

Patiente : *« 36 ans »*

Dr D. : *« Oh 36 ans ! A cet âge-là vous avez largement le temps d'en faire encore plusieurs ! »*

Néanmoins, tous s'accordent sur le fait qu'il est de leur devoir de rappeler aux femmes dont l'âge à la maternité est en recul, que l'ovulation est de moins bonne qualité et que les risques de malformation augmentent avec l'âge. Le Dr B. (femme) souligne la difficulté à remplir ce devoir sans être pour autant injonctif :

« On a envie quand même de leur dire qu'il faut qu'elles fassent leur premier enfant avant 30 ans et que de toutes façons ça risque d'être un petit peu plus difficile après parce que c'est vrai, l'ovulation est de moins bonne qualité et puis on n'a pas non plus à avoir un discours normatif. Quand on voit qu'elles traînent un petit peu trop, on leur rappelle que quand même il y a l'âge qui passe. Mais c'est toujours difficile pour nous mais on doit quand même leur rappeler parce que très souvent elles disent non mais elles ne se rendent pas compte, ça passe quand même très, très vite. On dit attention, c'est plus difficile à 44 ans et c'est plus difficile à 30 ans qu'à 20. »

Préserver ce potentiel de reproduction est essentiel et aucune intervention irréversible n'est envisagée que ce soit à titre contraceptif (stérilité définitive par ligature des trompes) ou à titre thérapeutique. Cela, bien sûr, ne signifie pas qu'il n'y ait pas en France de telles pratiques, néanmoins nos observations révèlent le réel souci des médecins rencontrés de tout mettre en œuvre pour que les femmes préservent leurs capacités reproductives. L'interaction entre le Dr D. (homme) et une patiente âgée de 38 ans est, de ce point de vue, révélatrice.

L'utérus de sœur Emmanuelle

Une femme âgée de 38 ans se présente à la consultation du Dr D. pour un problème de fibrome utérin requérant une intervention chirurgicale. Ne connaissant pas cette patiente, le médecin entreprend un interrogatoire au cours duquel il lui demande si elle a eu des maladies graves, des interventions chirurgicales puis il poursuit sur le parcours gynécologique. Au cours de cet interrogatoire le Dr D. découvre l'engagement religieux de sa patiente :

Dr D. : « *Avez-vous pris la pilule ?* »

Patiente : « *Non* »

Dr D. : « *Avez-vous eu des grossesses ?* »

Patiente : « *Non* »

Dr D. : « *Avez-vous eu des IVG ?* »

Patiente : « *Non* »

Dr D. : « *Avez-vous eu des rapports ?* »

Patiente : « *Non, je suis religieuse. J'appartiens à la communauté Emmanuelle* »

Dr D. : « *Vous êtes infirmière, c'est bien ça ?* »

Patiente : « *Oui mais pour le moment je suis secrétaire* »

Dr D. : « *On cherche des infirmières partout, vous ne voulez pas exercer ?* »

Patiente : « *Non, pas pour le moment* »

Dr D. : [sur un ton dubitatif] « *Ah bon* »

Si le Dr D. avait dès le début de la consultation reconnu la nécessité d'une intervention chirurgicale à la lecture des examens que lui avait remis la patiente, les informations recueillies sur l'histoire de sa patiente l'amène à considérer autrement cette intervention

dont l'enjeu est selon lui de préserver ou non les capacités reproductives de cette femme.

Dr D. : « *Il faut vous opérer, ça c'est très clair. Mais ce qu'il faut savoir c'est si vous voulez garder votre utérus* »

Patiente : « *Je ne sais pas* »

Dr D. : « *Vous me diriez, je suis religieuse et je veux le rester, je vous enlèverais votre utérus mais si vous vouliez vous marier et avoir des enfants ? Vous êtes jeune et on ne sait pas ce que la vie nous réserve* »

Patiente : « *Oui, mais si ça récidive ?* »

Dr D. : « *Je ne peux pas vous garantir qu'il n'y aura pas de récurrence mais c'est pas ça le problème. C'est surtout de savoir si vous êtes certaine de ne pas vouloir d'enfant... ? L'utérus ça ne sert à rien, qu'à faire des enfants. C'est qu'une boîte, si on ne veut pas d'enfant, on jette la boîte c'est tout !* »

Patiente : « *Et ce serait pour quand ?* »

Dr D. : « *Le plus rapidement possible parce que c'est gros quand même et ça doit vous gêner* »

Patiente : « *Ça ne me fait pas mal mais c'est vrai que ça me gêne un peu parce que ça prend de la place* »

Dr D. : « *Je vous laisse réfléchir jusqu'au jour de l'intervention. Ne faites pas quelque chose que vous pourriez regretter. Réfléchissez* »

7.2.2 Une femme a des règles

Si les gynécologues situent l'essence de la féminité dans les capacités reproductives des femmes, ils attribuent une place fondamentale aux règles. Témoin visible du fonctionnement de l'appareil reproducteur, les règles constituent une donnée essentielle pour qu'une femme ait pleinement conscience de sa féminité. L'importance conférée aux règles ne repose pas sur un impératif physiologique puisque tous s'accordent sur leur inutilité physiologique mais bien plus sur un présupposé largement partagé : les femmes sont attachées à leurs règles. Les gynécologues hommes s'en agaçaient ouvertement comme le Dr D. (homme) « *Ah, les bonnes femmes, il faut qu'elles aient des règles, il leur faut des règles !!* ». Cet attachement supposé peut faire l'objet de critique ainsi qu'il nous a été donné de l'observer lors d'une consultation aux urgences. Lorsque le gynécologue homme constate que la patiente âgée de 28 ans rentrée

quelques jours plus tôt de vacances avait eu ses règles pendant son séjour dans les Iles, il exprime explicitement son incompréhension en ces termes :

Médecin : *« Ah ben, c'est pas cool, vous auriez pu éviter ça quand même ! »*

Patient : [très surprise] *« Ah bon, et comment ? »*

Médecin : *« Il vous suffit d'enchaîner deux plaquettes de pilules ! Vous n'êtes quand même pas obligée d'emmener vos règles en vacances ! »*

Même si le médecin souhaitait peut-être tout simplement expliquer à cette femme qu'elle aurait pu s'épargner la contrainte d'un cycle menstruel pendant son voyage, le ton sur lequel il lui adressa ses remarques la renvoyait à son ignorance et à son attachement supposé aux menstruations. Difficile aussi de ne pas hypothéquer l'idée implicite selon laquelle la patiente s'était rendue sexuellement moins disponible en ayant des règles.

Cette patiente ne semblait pas connaître la possibilité de supprimer les règles en enchaînant les plaquettes de pilule, d'autres femmes se saisissent de cette possibilité pour avoir des règles quand elles le veulent ainsi qu'en témoigne le Dr Jacquemin :

« Elles ont aussi compris qu'en décalant la prise des comprimés, elles pouvaient avoir leurs règles lorsque cela les arrange, par exemple en évitant les week-ends, ou en décalant simplement d'une semaine lors de vacances ou d'examens. Les femmes subissent la contrainte de la prise quotidienne mais se libèrent de celles des règles » (2007 : 134)

Néanmoins, ces pratiques restent minoritaires et mises en œuvre à titre exceptionnel pour répondre à des obligations ponctuelles le plus souvent d'ordre professionnel ou sportif. Agir « contre nature » entraîne la crainte largement partagée de provoquer une stérilité irréversible. Cette crainte est d'autant plus forte que les gynécologues se montrent très réticents face à ce genre de pratiques que nous ne les avons jamais entendues recommander, à l'exception de cette consultation aux urgences rapportée ci-dessus.

En effet, même si les hommes gynécologues contestent cet attachement supposé aux règles, ils sont aussi comme leurs collègues féminines très réfractaires à prescrire des traitements qui ont la particularité de supprimer les règles. A titre d'illustration, ce court extrait d'échange au cours duquel la réponse apportée par le gynécologue révèle son refus d'aider sa patiente à ne plus avoir de règles :

Patiente : « Avec mon stérilet, je perds beaucoup de sang. J'en ai marre ! Y-a pas des nouveaux trucs où on n'a pas de règles ? »

Dr D. : « Ouais, il y a des trucs mais c'est pas toujours efficace et puis ça coûte vachement cher. Comment vont les pitchounes ? »

La suppression des règles constitue une requête régulièrement formulée par les femmes. Si cela remet en cause ce présupposé, cela témoigne aussi d'attitudes différenciées de la part des femmes. En effet, toutes ne partagent pas la même position vis-à-vis des règles. Si une partie d'entre elles manifestent un attachement aux menstrues lorsqu'elles n'en ont plus et qu'elles le regrettent ou qu'elles disent spontanément y être attachées, d'autres aimeraient ne plus en avoir et réclament des traitements qui ont la capacité de les supprimer.

Les justifications exprimées quant à l'attachement se révèlent multiples. Evoquant « *une vieille habitude* », on comprend que c'est aussi pour la patiente (63 ans, sous traitement hormonal) du Dr K. (femme), avoir le sentiment de rester jeune :

Dr K : « Vous avez toujours des règles ? »

Patiente : « Oui »

Dr K : « Elles sont régulières ? »

Patiente : « Oui »

Dr K. : « Ça ne vous gêne pas ? »

Patiente : « Non, disons que c'est une vieille habitude eh puis comme dit ma fille c'est ce qui permet d'avoir une belle peau et c'est vrai que j'ai une belle peau et on ne me donne pas mon âge »

Dr K : « Bon, je ne vais pas vous changer de traitement parce que c'est la première fois que l'on se voit mais je ne vais pas vous laisser encore quinze ans avec des règles. En général mes patientes ne veulent plus avoir de règles »

Patiente : « Oui, oh ben comme je vous dis ça ne me gêne pas au contraire »

Pour d'autres, avoir des règles permet d'être rassurées sur le fonctionnement interne de leur corps comme Corinne (37 ans) :

« J'aime bien sentir mon corps ovuler, fonctionner, j'adore ça »

Avoir des règles artificielles sous pilule est une condition essentielle pour certaines femmes, néanmoins elles expriment une certaine ambivalence à l'instar de Cécile (22 ans)

« J'aime bien avoir des règles, c'est normal, c'est important mais avec la pilule c'est des fausses règles, c'est pas bien. Je préfère quand c'est naturel mais en même temps, c'est moins douloureux et c'est plus régulier avec la pilule ».

Le jeune âge de Cécile constitue un facteur déterminant dans le fait d'être attachée au cycle menstruel. En effet, nous avons pu constater lors des consultations observées que les jeunes femmes n'expriment pas l'envie de ne plus avoir de règles mais que cette demande est majoritairement le fait des femmes de plus de 30 ans. La découverte, l'acceptation et l'adaptation aux règles ainsi que l'apprentissage des normes et des techniques de l'hygiène corporelle qu'elles impliquent est encore récent. De plus, souvent très attendues (Mardon, 2006), les jeunes n'ont aucune envie de les voir disparaître aussi rapidement. Par ailleurs, les jeunes filles n'ont pas encore connaissance de l'existence de traitement permettant la suppression des menstrues au contraire de leurs aînées.

Les femmes exprimant le désir de ne plus avoir de règles le justifient le plus souvent par le caractère contraignant des flux périodiques, un « ras le bol ». Surtout elles ne veulent plus « être emmerdées » par des règles douloureuses, abondantes qui peuvent les mettre à mal dans leur sphère professionnelle voire les stigmatiser. Une patiente du Dr J. (femme) l'exprimait en ces termes :

« Je ne peux pas me permettre d'être mal 4 jours par mois, c'est pas possible. Au bureau, ils ne comprennent pas parce que les hommes ne font jamais voir qu'ils ont mal alors ils ne comprennent pas au bureau que je sois si mal comme à la maison d'ailleurs. Il faut que vous fassiez quelque chose pour supprimer ces règles, ce n'est pas supportable »

Dans ce cas précis et parce que la patiente s'est montrée particulièrement insistante, un traitement lui permettant de ne plus avoir de règles lui a été prescrit. Mais d'une manière générale, les gynécologues sont très réticents pour supprimer les règles et ce quel que soit l'âge des patientes. En revanche, leurs justifications pour maintenir des règles y compris artificielles, varient en fonction de l'âge des patientes. Les jeunes filles doivent avoir des règles afin de « prendre conscience de leur féminité » et qu'elles soient rassurées par rapport à leur potentiel de reproduction. Pour les femmes se situant dans la tranche d'âge 25-35 ans l'absence de règles est synonyme de grossesse et donc générateur d'angoisse. Même une femme, qui a déjà eu des enfants et qui souhaite ne plus avoir de règles, peut difficilement

obtenir de traitement supprimant les règles. Le Dr I. (femme) nous explique combien l'absence de règles est angoissante pour ces femmes :

« A trente ans il y a une autre raison s'il n'y a pas de règles, il y a une inquiétude de grossesse, voilà. On est en pleine activité sexuelle, on a eu déjà ses enfants et donc on ne veut pas avoir d'autre grossesse et parfois l'absence de règles est une source d'angoisse, voilà là c'est une autre raison. Une femme qui est sous pilule qui ne donne pas de règles elle sait qu'elle n'a pas de règles parce qu'elle est sous pilule. Une jeune fille elle est insouciante encore mais la femme qui a déjà eu une IVG ou des enfants, là, elle est angoissée donc elle accepte plus difficilement à l'âge de procréer l'absence des règles. Pour elle, c'est quand même un bon critère. Chez les femmes d'une trentaine d'années, c'est plus difficile de donner quelque chose sans règles parce que c'est un critère d'angoisse de grossesse. »

A partir de 40 ans, les gynécologues considèrent que les femmes sont à un moment charnière de leur vie où elles doivent prendre conscience de la perte de leurs capacités reproductives. Avoir des règles « naturelles » leur permet d'être plus à l'écoute de leur corps.

A la ménopause conserver des règles permet aux femmes de vivre cette étape plus sereinement et plus en douceur en ayant le sentiment de rester jeunes.

« Les métrorragies de privation mensuelles sont un alibi leur permettant de cacher leur ménopause. Elles craignent de ne plus être désirables ni désirées, que leur conjoint se détournent d'elles » (Jacquemin, 2007 : 132)

Dans tous les cas de figure les règles sont donc maintenues. Néanmoins, tous les gynécologues s'accordent sur le fait que les femmes ne doivent pas être contraintes par des règles de façon à ce qu'elles puissent « vivre bien leur féminité ». Ils mettent donc tout en œuvre afin de libérer les femmes de contraintes physiologiques spécifiquement féminines en ayant recours à des traitements hormonaux comme nous allons le voir. Mais avant de s'y intéresser, il convient de considérer la dimension esthétique de la féminité. Si à plusieurs reprises nous avons souligné à travers les propos des gynécologues ou ceux des femmes que l'esthétique corporelle était une préoccupation pouvant faire l'objet de discours dans la consultation, nous voudrions ici montrer comment les gynécologues, et plus particulièrement les gynécologues femmes, participent à renforcer les normes esthétiques corporelles féminines

à partir d'un discours médical ou tout simplement à travers des commentaires sur le corps de leurs patientes.

7.2.3 Contrôle de soi et esthétique corporelle

Féminité et esthétique corporelle forment « *un couple indissocié* » (Fouquet, Knbiehler, 1982 : 15). Soumise à des injonctions sociales fortes dont la publicité et les magazines féminins ou magazines de santé se font le relais, la femme a un devoir de beauté. Il s'agit, pour elle, non seulement de préserver la beauté, dont la nature l'a supposément dotée, mais aussi de la renforcer par le recours à des pratiques quotidiennes de soin de soi. Avec le développement des techniques et de l'accessibilité à l'information, la beauté est, dans les discours, devenue une donnée présentée comme étant accessible à toutes. Ne pas parvenir à atteindre et correspondre aux normes esthétiques corporelles relève de la responsabilité individuelle. D'un devoir social, on est passé à un devoir moral (Remaury, 2000). Pour être belle, il suffit de le vouloir. Le slogan publicitaire de l'Oréal « parce que vous le valez bien » témoigne de ce glissement par l'ambiguïté phonétique avec laquelle le prononcent les ambassadrices de la marque qui parlent français avec un fort accent étranger. Il est en effet très difficile de savoir si elles disent « parce que je le *vauts* bien » ou « parce que je le *veux* bien ».

La beauté repose sur la minceur qui, depuis les années soixante, est un des critères principaux de l'esthétique corporelle féminine. « *La lipophobie moderne, la haine de la graisse, s'exercent de manière beaucoup plus manifeste, profonde et contraignante encore sur le corps de la femme que sur celui de l'homme. Un canon moderne s'impose qui repose tout entier sur un impératif central : la minceur. Ce canon est plus impérieux que jamais : à vrai dire, il ne semble pas avoir eu de précédent véritable. Il s'agit très littéralement d'un idéal de beauté.* » (Fischler, 1993 : 357). La presse féminine offre aux lectrices les photos de corps minces et propose à chaque numéro autant de produits, de régimes et de conseils divers pour atteindre cet « idéal » et obtenir un corps identique à ceux des photos présentées. Un corps parfait est un corps mince (on vient de le dire) mais aussi un corps jeune, tonique et en bonne santé. En effet, le devoir de beauté des femmes s'inscrit en parallèle d'un devoir de santé tout aussi contraignant (Remaury, *op. cit.*). Cet « idéal » est légitimé par le discours médical qui fait aujourd'hui de la prise de poids un de ses principaux combats. Les campagnes de prévention se multiplient et le dépistage de l'obésité est devenu un des objectifs de la

médecine en milieu scolaire et ce dès la maternelle. Or, « *la problématique de la surcharge pondérale répond plus à des impératifs de normes qu'à de véritables raisons médicales* » (Durif-Bruckert, 2007 : 170). Beauté et santé sont étroitement liées.

L'étude de deux magazines de santé, publiés aux mois de janvier et juillet 2007, illustre parfaitement cette indissociation. A la lecture des premières pages de couvertures, il apparaît clairement que ces revues s'adressent exclusivement aux femmes au regard des titres surimposés sur une photo présentant une silhouette de femme jeune et mince. Les thèmes proposés sont évocateurs. La gynécologie est mise en avant avec un dossier « contraception : Si vous changiez de pilule ? Adieu kilos, acné, saignements... » pour Top Santé, et « Gynéco au naturel. De nouvelles réponses : hygiène intime, maladies sexuelles, mycoses et contraception » pour Santé Magazine. Le deuxième gros titre concerne dans les deux cas la minceur. Top Santé titre « Mincir, oui, fringale non » et Santé Magazine « Belle en maillot : mon plan minceur, salades protéinées ». La santé des enfants constitue le troisième axe ayant pour thèmes la dyslexie dans Santé Magazine et l'hyperactivité dans Top Santé. Chacun de ces trois axes correspond à une des rubriques qui composent la revue. « Beauté », « médecine » et « famille » sont communes aux deux magazines.

www.santemagazine.fr

Juillet 2007
N° 379 - 2,80 €

santé magazine

À DÉCOUVRIR

Plantes de l'Amazonie
elles soignent
sans effets secondaires

GYNÉCO AU NATUREL

DE NOUVELLES RÉPONSES

• Hygiène intime • Maladies sexuelles
• Mycoses • Contraception

RÉVEILLER LA SEXUALITÉ
à la ménopause

BELLE EN MAILLOT
mon plan minceur
salades protéinées

REPORTAGE

"LA DYSLEXIE EST UN POTENTIEL

Pas un handicap !" Rencontre avec Béatrice Sauvageot

GROSSESSE paisible : stop au côlon irritable

Banc d'essai
**LES GÉLULES
SOLAIRES**

Secrets
de beauté
**DU BOUT DU
MONDE**





La manière dont les articles sont mis en forme et traitent des sujets relatifs à la médecine puis à l'esthétique illustre plus étroitement encore le lien entre apparence corporelle et santé. Si le devoir de santé s'inscrit explicitement dans le dossier consacré à la gynécologie dans Santé Magazine par cette formule « On surveille sa féminité ! », l'insertion de nombreux encarts publicitaires, pour des produits cosmétiques au cœur des articles de médecine puis pour des produits pharmaceutiques au sein des articles de la rubrique beauté, souligne l'étroite relation entre un corps beau et un corps sain. Alors que les problèmes de poids potentiellement

constitutifs à la prise d'une pilule contraceptive sont évoqués dans le dossier « contraception » de Top Santé, des encadrés publicitaires proposent des produits favorisant la perte de kilos superflus et disgracieux. Santé Magazine décerne dans ce numéro un prix au titre évocateur « Beauté, Santé ». Les lauréats sont des laboratoires ayant mis sur le marché des produits cosmétiques supposés réaliser cette double performance : crème pour traiter la peau au cours du cycle hormonal, pour lutter contre le vieillissement hormonal, antirides, soins remodelant pour garder un ventre plat après 50 ans. Top Santé adopte la même démarche dans une rubrique intitulée « Espace santé beauté » dans laquelle compléments alimentaires et produits anti-âge sont promus.



| beauté



Prix Santé Magazine 2^e session 2007 Beauté Santé

Nos nouveaux lauréats parmi lesquels de belles innovations côté "shampooing anti-pelliculaire", deux produits labellisés bio, des soins visage sur mesure... En piste !

A Santé Magazine, nous savons que la beauté est avant tout une question de santé. Aussi, nous veillons à vous présenter tout ce qui peut véritablement améliorer votre beauté. Maquiller c'est bien, embellir en profondeur, c'est mieux ! Pour toutes ces raisons, nous avons décidé d'aller encore plus loin en créant, en 1997, un Prix spécifique : le Prix Santé Magazine Beauté Santé. Il récompense les produits de cosmétologie en fonction de trois critères : Innovation, Innocuité-Efficacité et Fiabilité. Nous avons constitué un Comité Cosmétologique, composé de dermatologues, de pharmaciens, de scientifiques et de médecins qui sélectionne les produits tant sur le plan des soins visage, corps, cheveux, que du maquillage. Il étudie les dossiers techniques et scientifiques présentés par les laboratoires fabricants. Ce Comité Cosmétologique ne procède en aucun cas à des analyses comparatives, mais vérifie la fiabilité du discours en toute indépendance par rapport aux preuves fournies et aux résultats obtenus.

Norméa 28

Professeur Christine Poelsman
Le Club des Créateurs de Beauté

Traiter la peau au cours du cycle hormonal

Il s'agit d'une boîte de 28 mono-doses de crèmes à mettre le matin. Le principe ? Répondre aux besoins très variés de la peau au cours d'un cycle hormonal. Pendant les première et quatrième semaines du cycle, la peau produit du sébum en excès. En revanche, pendant les deuxième et troisième semaines, c'est le besoin en eau qui prédomine. Les capsules sont adaptées en fonction des besoins.

Pourquoi il a été élu : L'originalité, c'est indéniablement ce qui a frappé notre jury. Originalité dans la façon d'aborder la peau mixte ou grasse dans sa globalité, en tenant compte des variations hormonales. La production de sébum et le nombre de petites imperfections sont réduits au bout d'un mois. Originalité de présentation, qui permet une hygiène totale.

● 27 € en vente par correspondance.



Neovadiol
Laboratoires Vichy
Vieillessement hormonal : redensifier le visage



À l'approche de la ménopause, la peau change : elle perd en densité, les traits sont moins nets. Des cellules graisseuses qui participent à l'armature de la peau tendent à fondre. Or, il s'agit d'une composante essentielle de la structure cutanée. Neovadiol contient des actifs – Pro-Xylane™ et Isobioline™ – pour compenser ce relâchement. Texture fraîche et confortable.

Pourquoi il a été élu : Testé pendant trois mois par plus de 200 femmes, le soin améliore de + 15 % la texture, la ptôse et le plissement du bas du visage et du cou (effets évalués par un dermatologue ou mesurés).

● 27 € en pharmacies et parapharmacies.

Shampooing antipelliculaire
au thym rouge d'Espagne

Laboratoires Klorane

A l'attaque des pellicules rebelles

Ce problème de cuir cheveu peut être un handicap social. Voilà un traitement d'attaque radical : éliminer les squames dès la première application. Et calmer durablement les démangeaisons, la production de sébum, la formation de nouvelles pellicules. Son actif principal est le thym rouge d'Espagne, très riche en huile essentielle. Une seule application suffit.

Pourquoi il a été élu : La présence d'huile essentielle de thym rouge riche en thymol est nouvelle dans un shampooing. Associée à du zinc et à un complexe argileux, elle assainit le cuir cheveu. L'état pelliculaire et le prurit diminuent dès la première semaine.

● 7,50 € en pharmacies et parapharmacies.



Naturalift Melvita
L'anti-rides bio performant

Cette crème agit sur plusieurs paramètres du vieillissement. Les graines d'hibiscus inhibent la contraction musculaire (et donc la formation d'une ride). L'extrait bio de bourgeons de hêtre a une action lissante. Ajoutons à cela un effet tenseur immédiat, une présentation pratique en flacon-pompe, et un léger parfum de rose et de géranium.

Pourquoi il a été élu :

C'est le premier cosmétique Certifié Bio récompensé par le Prix Santé Magazine. Il répond au cahier des charges Ecocert. Sa composition, son efficacité et sa bonne tolérance cutanée et oculaire ont joué en sa faveur.

● 26 € en magasins de produits naturels et biologiques, et pharmacies.



Soin Remodelant
Ventre-Taille

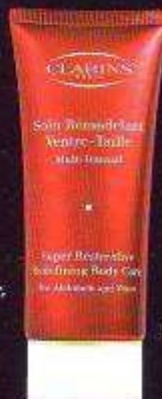
Multi-Intensif Clarins

Un ventre plat après 50 ans

Passé 50 ans, les hormones féminines provoquent une nouvelle répartition des graisses. Avant logées dans les hanches et les cuisses, elles se focalisent sur le ventre. Ce phénomène est difficile à vivre car le ventre s'empâte malgré, parfois, un régime alimentaire très surveillé. On applique ce remodelant en 3 minutes, avec une méthode de "massage" mise au point spécifiquement pour lui, pour plus d'efficacité.

Pourquoi il a été élu : Les tests d'efficacité montrent des résultats notables dès 28 jours. Le tour de taille perd un centimètre en moyenne. La diminution du tissu graisseux, mesurée par échographie, est probante. Le jury a apprécié son excellent dossier, et le fait qu'il s'adresse aux femmes après 50 ans.

● 65 € en parfumeries et grands magasins.





ESPACE SANTÉ BEAUTÉ

www.espace-sante-beaute.com

MAGIC-LIFT, le soin «miracle»

Paraître plus jeune en 20 minutes chrono

Ne subissez plus les effets du temps.

MAGIC-LIFT gomme vos rides en un temps record.

Les Laboratoires Bio-Expert ont fait une avancée scientifique extraordinaire dans le traitement des rides.

MAGIC-LIFT est un soin breveté à l'international qui grâce à son action ultra rapide, **20 minutes seulement**, permet de **diminuer vos rides en moyenne de 69% et jusqu'à 80%**.



Le secret d'une telle performance ?

La découverte d'un complexe de **plusieurs actifs naturels** dont le **double sulfate de potassium** qui pénètre au plus profond du creux de la ride et la comble. Ce bio-matériau gomme vos rides et ridules, redonne de l'éclat au visage et retarde l'apparition de nouvelles rides.

MAGIC-LIFT permet une correction ciblée et un maintien constant de l'hydratation vitale de la peau sur tous les types de peaux. L'efficacité est quasi immédiate et les résultats sont nets et visibles dès la première application.

Exceptionnellement riche en minéraux, **MAGIC-LIFT** est 100% naturel et hypoallergénique. La peau paraît plus jeune, plus éclatante. Vous allez assister à la naissance d'une beauté retrouvée et prolongée, en un temps record.

MAGIC-LIFT, une apparence plus jeune en un temps express.

Conseil d'utilisation :

- Appliquer **MAGIC-LIFT** en masque sur les rides, ridules et parties d'oe après avoir bien nettoyé votre visage.
- Laissez passer 20 minutes et rincez votre visage.
- Simple et rapide, vous pouvez maintenant admirer votre nouvelle apparence.



Commande immédiate : N° indigo 0 820 20 41 86

(Coût de l'appel 0,07€ / minute)

Commande internet : www.bio-expert.com

Laboratoires Bio-Expert, 148 avenue Victor Hugo 75116 Paris - RCS 489 295 097 Paris

PRODUIT DU MOIS

EveStress[®], complément alimentaire pour l'équilibre de l'humeur

Evestress[®] est un complément alimentaire composé d'Oméga 3 et de vitamine B9 qui s'adresse spécifiquement aux femmes présentant des déséquilibres de l'humeur et parvenant difficilement à supporter leur état de stress souvent dû à une difficulté à gérer à la fois les contraintes personnelles, familiales et professionnelles...



De nombreuses études ont montré l'intérêt des Oméga 3 et de la vitamine B9 sur la régulation de l'humeur. Leurs effets sur le système nerveux central sont complémentaires.

Evestress[®] est proposé par le laboratoire Théraxem Merck au prix moyen de 19€ pour un mois, conseillé en cure de 3 mois renouvelable. **Evestress[®]** est disponible en pharmacie et parapharmacie sous le code ACL 4467232.

Evestrel[®] Jour Nuit

Evestrel[®] Jour Nuit est un complément alimentaire qui prend en charge les **bouffées de chaleur** et permet de plus d'apporter une réponse adaptée aux troubles spécifiques du jour et de la nuit à la **fatigue matinale** avec le sélénium associé au comprimé Jour, aux **difficultés à trouver le sommeil** avec le magnésium associé au comprimé Nuit.



Dès les premières bouffées de chaleur **Evestrel[®] Jour Nuit**, 1 comprimé matin et soir en cure de 3 mois renouvelable.

Evestrel[®] Jour Nuit est proposé par le laboratoire Théraxem Merck au prix moyen de 17€ pour un mois.

Evestrel[®] Jour Nuit est conseillé par les spécialistes.

Evestrel[®] Jour Nuit, disponible en pharmacie et parapharmacie. Code ACL : 7892208.

Pour qu'il soit possible d'atteindre cette parfaite alliance de beauté et de santé, les deux magazines adressent aux lectrices des recettes minceurs dans une rubrique « cuisine et nutrition » pour l'un et « nutrition » pour l'autre. Tout ce travail du corps a pour objectif la liberté et l'autonomie où la séduction tient une place centrale. La sexualité n'est pas absente de ces magazines qui prônent des conseils pour entretenir sa libido et la sexualité au sein du couple en offrant un corps soigneusement entretenu et préparé à son partenaire.

La consultation de gynécologie s'est révélée être un espace dans lequel les normes esthétiques corporelles féminines occupent une place importante. Directement évoquée par les patientes elles-mêmes, cette question est aussi très souvent soulignée par les gynécologues de manière beaucoup plus implicite à travers des remarques sur le corps au cours de l'examen, au moment de la pesée, par l'évocation de conseils diététiques ou d'hygiène de vie et ce, quel que soit l'âge des patientes. Si cette étroite imbrication entre esthétique et santé se retrouve dans le cadre de cette consultation, nous allons voir que son expression est fortement différenciée selon que le médecin est une femme ou un homme.

Le poids

Au cours de chaque consultation, les patientes sont invitées à se peser. Le plus généralement, cette pesée intervient immédiatement après l'examen gynécologique et avant que la patiente ne se rhabille. Un pèse personne est disposé la plupart du temps près de la table d'examen. A l'hôpital A, cette étape est transférée dans le bureau de l'infirmière qui reçoit chaque patiente avant qu'elle entre en consultation. Afin de faire gagner du temps au médecin, l'infirmière prend la tension et reporte le poids de la patiente (constaté sur la balance) sur le dossier médical dont s'empare le médecin avant de recevoir sa patiente. Dans chacun des lieux où des observations ont été réalisées, cette prise de poids a été systématique. Elle n'a en revanche jamais fait l'objet d'une quelconque explication de la part du médecin. Interrogée entre deux consultations, parce que s'étaient succédées une série de femmes auprès desquelles elle avait insisté sur une perte de poids nécessaire (de 4 à 5kg), le Dr A. (femme) me fournit une explication qui fut, par la suite, corroborée par d'autres gynécologues.

Implications médicales de la prise de poids

Le taux de graisse dans l'organisme peut entraîner une production d'œstrogène ce qui a pour effet de mettre les ovaires au repos alors que ce sont les ovaires qui normalement produisent ces hormones. Faire maigrir une patiente peut ainsi entraîner une stimulation des ovaires par cette production hormonale. Pourtant, les guides de pratique gynécologique étudiés ne mentionnent jamais le poids comme cause potentielle de dysfonctionnement

ovarien.

En outre, la prise de poids peut être la conséquence de troubles alimentaires dits de « compensation » et ainsi révéler un mal être généralement attribué à un « mauvais vécu » de la sexualité ou de la contraception. Le poids est donc un indicateur de bonne santé mentale et peut, dans des fluctuations de 4 à 5 kg, entraîner un dysfonctionnement ovarien.

Nous l'avons souligné, 4 ou 5kg est la marge autour de laquelle le poids fait l'objet d'une attention particulière et de remarques de la part des médecins. Le Dr G. (femme) conseillait ainsi une patiente de 32 ans qui avait pris 3 kg sur une période de six ou sept mois :

« Il faut surtout faire attention à ne pas prendre de poids. Diminuez les proportions et évitez tout ce qui est pâtes, riz, pomme de terre, pain et toutes les graisses ».

Une légère prise de poids peut amener certaines femmes à différer leur rendez-vous le temps de perdre ces kilos superflus car elles savent comme Linda « avoir droit au petit couplet sur le poids à chaque fois ». Anticiper toute remarque de la part du médecin en abordant elles-mêmes le sujet est une autre attitude adoptée. La réaction des gynécologues est alors contrastée.

Elle dépend tout d'abord de la manière dont la patiente présente son poids. Si celle-ci affirme comme la patiente du Dr H. (femme) avoir pris 10kg sans pour autant avoir mangé plus qu'à ses habitudes, la réponse est ferme « si vous prenez du poids c'est que vous mangez plus que vous n'éliminez ». Des conseils alimentaires s'accompagnent alors d'injonctions à la pratique sportive « il faut bouger ! ». L'âge des patientes ne semble pas avoir d'incidence comme en témoigne cet échange entre le Dr G. (femme) et une patiente âgée de 70 ans :

Dr G. : « Vous avez maigri ? »

Patiente : « Non »

Dr G. : « Vous n'y arriverez jamais ! »

Patiente : « Pourtant je bouge beaucoup »

Dr G. : « Vous faites quoi ? »

Patiente : « Je fais de la marche et du vélo d'appartement tous les jours »

Dr G. : « Ouais mais c'est que vous consommez plus de calories que vous n'en dépensez, c'est pas plus compliqué ! »

Pourtant, les ouvrages médicaux soulignent l'évolution du métabolisme au cours de la vie. L'âge y est présenté comme un facteur essentiel de la prise de poids car le métabolisme de base (il représente $\frac{3}{4}$ de la dépense énergétique au repos) diminue avec l'âge. La sédentarisation qui a tendance à s'intensifier avec l'âge ne fait qu'amplifier le processus métabolique. A la ménopause, les modifications hormonales (moins d'estrogènes) peuvent avoir une incidence sur la répartition des graisses : elles ne se localisent plus au niveau des hanches et des cuisses mais au niveau de l'abdomen. Du fait que ces transformations coïncident avec une prise de traitement hormonal, la prise de poids est le plus souvent imputée au traitement par les femmes (Rozenbaum, 2003). Des gynécologues, comme le Dr G., rassurent leurs patientes en affirmant que « *les femmes qui sont sous traitement grossissent moins que celles qui ne le sont pas* » parce qu'elles sont « *moins dépressives* » et présentent du coup moins de troubles alimentaires (de compensation).

L'humour peut parfois être mobilisé afin de relativiser le pessimisme des patientes comme le Dr H. (femme) avec une femme âgée d'une soixantaine d'années se plaignant d'avoir 60 kg de cellulite : « *vous avez bien un cerveau !* ».

L'attitude du médecin dépend aussi de la manière d'être de la patiente et de la présentation de soi adoptée. Si celle-ci affiche un certain dynamisme et une joie de vivre, les kilos en trop seront relativisés et très vite oubliés comme en témoigne cette interaction entre le Dr H. et une patiente âgée de 35 ans qui entre avec vitalité dans la salle de consultation. La patiente affirme être en pleine forme tandis que la gynécologue examine son dossier :

Le Dr H. : « *Elle [l'infirmière] ne vous a pas pesée ?* »

La patiente : « *Non, mais je ne bouge pas, 85 kg ! J'aimerais maigrir mais je n'y arrive pas* »

Le Dr H. [constatant les kilos de sa patiente au moment de l'examen] : « *Ah, oui, vos kilos sont bien là !* »

La patiente : « *Ils sont concentrés sur le ventre mais je ne fais rien pour les perdre* »

Le Dr H. : « *Oui, c'est pas dramatique et en plus elle est honnête !* »

Lorsque la patiente est partie, le Dr H. me dit combien elle trouve cette patiente sympathique et reconnaît qu'elle a au moins 15 kg à perdre mais « *elle est tonique et elle sait ce qu'elle veut, ça c'est bien, alors je vais pas l'emmerder avec ça !* ». En revanche, une femme présentant des caractéristiques physiques similaires pour un âge identique mais à l'attitude beaucoup plus réservée se fit sermonner par la même gynécologue quelques minutes plus tard. Le poids de cette patiente était d'autant plus visible que le comportement affiché

correspondait aux représentations communément admises du « gros » : « *caractère inconsistant, une pensée moins vive, voire même ralentie parce qu'encombrée* » (Durif-Bruckert, *op.cit.* : 170). L'attitude de cette patiente offrait à la gynécologue l'opportunité de mettre son « *envie de la secouer* » à exécution.

La prescription de traitements hormonaux représente une autre occasion d'évoquer les problèmes de poids. La prise d'hormones suscite souvent de vives inquiétudes chez les patientes qui ont très peur de prendre du poids comme la patiente à laquelle le Dr K. (femme) remet une ordonnance pour un THS : « *ça ne risque pas de me faire grossir ?* ». La réponse du médecin est catégorique : « *ouais, il y a autre chose qui peut vous faire grossir, c'est le coup de fourchette !* ». Néanmoins, la gynécologue n'a pas pris le temps de fournir de plus amples explications à sa patiente. Pourtant, à lire la presse médicale, il apparaît que des études ont mis en évidence que les hormones naturelles ou semi naturelles aujourd'hui utilisées pour traiter les troubles de la ménopause ne font pas grossir :

« La progestérone ou ses dérivés directs, c'est-à-dire des hormones naturelles ou semi naturelles, ne provoquent pas de perturbation métabolique ; ils ne modifient pas la sécrétion d'insuline. Ces hormones sont donc tout à fait incapables de provoquer une quelconque prise de poids. » (Rozenbaum, 2003 : 87)

La même inquiétude s'exprime vis-à-vis des pilules contraceptives soit pour avoir lu ou entendu dire que la pilule faisait grossir, soit pour avoir fait l'expérience d'une prise de poids sous pilule. Les gynécologues dont la pratique a été observée ont à ce sujet été tous catégoriques : non, la pilule ne fait pas grossir. Cette posture avait pour conséquence un refus souvent catégorique de changer la pilule de la patiente qui était renvoyée à son alimentation, au sport et parfois invitée à entreprendre une psychanalyse. Ce genre de refus, plusieurs fois évoqué en entretien, peut dans certains cas entraîner un changement de gynécologue ou au moins faire germer l'idée d'un tel changement. Dans les situations observées où la patiente consultait pour la première fois le gynécologue pour cette raison, le changement de pilule était accordé. Si c'était une manière de s'assurer la satisfaction de cette nouvelle patiente dans l'objectif de la fidéliser, cela entraînait, malgré tout, l'expression d'un mécontentement de la

part du médecin¹⁰⁰. Dans sa pratique, le Dr G. (femme) était plus nuancée. Elle m'expliquait entre deux consultations qu'il ne fallait pas contredire les patientes et aller dans leur sens :

« Si une patiente pense que c'est sa pilule qui la fait grossir, il faut lui en prescrire une autre. Ça peut parfois suffire à ce qu'elle perde du poids même si la pilule n'était en aucun cas la cause de ses kilos. Si ça ne change rien, il faudra essayer autre chose mais il faut toujours commencer par aller dans son sens »¹⁰¹

L'attitude des gynécologues est surtout différenciée selon qu'ils sont hommes ou femmes. A l'exception du Dr F. (homme) qui avait l'habitude de pincer les bourrelets de ses patientes comme nous l'avons déjà évoqué, les gynécologues hommes, dont la pratique a été observée, n'ont jamais abordé d'eux-mêmes le poids de leur patiente. Cela pourrait être mis sur le compte d'une certaine retenue afin de ne pas prendre le risque de glisser de registre en manifestant un intérêt pour l'apparence corporelle de leurs patientes, mais les réponses apportées par ces hommes aux femmes se plaignant d'une prise de poids récente ou persévérante relativisent cette hypothèse. Il est possible d'y voir l'expression d'une ambiguïté masculine, les hommes affirmant aimer les rondeurs tout en exigeant de leur compagne qu'elle se situe du côté de la minceur (Durif-Bruckert, *op.cit.* : 166). D'une certaine manière, c'est aussi se dédouaner de toute responsabilité dans le culte de la minceur féminine en en faisant une ridicule affaire de « bonne femme » ou en affirmant qu'une femme ronde et souriante est plus agréable qu'une femme mince mais acariâtre comme en témoignent les extraits suivants :

Considérations masculines de la minceur féminine

Interaction entre le Dr D. (homme) et une patiente âgée de 50 ans inscrite dans un suivi régulier depuis 25 ans avec ce même médecin.

La patiente : « Vous savez on m'a dit que mon poids posait problème »

Dr D : « Ah ben voilà encore autre chose »

La patiente : « Si, si, elle [une rhumatologue] m'a dit que je n'étais pas obèse mais que j'avais

¹⁰⁰ Le Dr I. expliquait à une nouvelle patiente que changer de gynécologue uniquement parce qu'elle ne voulait pas lui accorder un changement de pilule était « *bien léger comme raison et pas très respectueux vis-à-vis du médecin !* ».

¹⁰¹ Cette attitude s'inscrit dans une approche psychosomatique de la gynécologie.

du poids en trop »

Dr D. : « *Ouais, c'est bien une bonne femme pour vous dire ça, c'est dingue !* »

Interaction entre le Dr M. (homme) et une patiente âgée de 45 ans :

La patiente : « *J'ai grossi de 10 kg !* »

Le Dr M. : « *Oui, mais vous n'êtes pas obèse !* »

La patiente : « *Non, mais 70 kg pour 1m63, je suis pas haute !* »

Le Dr M. : « *Oui, mais il faut mieux être avec 1kg de trop et sympathique que 1kg de moins et acariâtre !* »

La patiente : « *Ce que je dis c'est que, comme ça, je n'ai pas de ride !* »

Que les femmes gynécologues se montrent plus injonctives que leurs confrères masculins est sans aucun doute lié au fait qu'elles-mêmes, en tant que femmes, subissent au même titre que leurs patientes les contraintes sociales de la minceur impliquant un autocontrôle. Les propos du Dr J. (femme) en témoignent. Après avoir constaté la prise de poids de sa patiente (42 ans), qui avoue sa gourmandise et sa tendance à compenser sur le chocolat, la gynécologue exprime sa compassion en reconnaissant « dévorer », elle aussi, des tablettes entières. Après un échange assez long sur leurs « grignotages » respectifs, d'un air malicieux, le Dr J. (femme) conseille à sa patiente de continuer son régime (commencé le matin même) jusqu'à Noël, c'est-à-dire pendant à peine un mois (nous étions fin novembre). L'interaction avec le Dr H. (femme), relaté dans l'encadré ci-dessous, renforce notre hypothèse.

La sortie de rôle du Dr H.

Après une matinée de consultations au cours desquelles le Dr H. s'indigna de la prise de poids de plusieurs de ses patientes, elle retire de dessous son bureau une grande bouteille de coca-cola qu'elle s'empresse de boire au goulot. Si cela était une façon de souligner que la pièce était terminée, c'était aussi une façon de me signifier qu'elle avait joué un rôle toute la matinée et qu'en dehors de ce rôle elle était, elle aussi, une femme qui comme ses patientes avait besoin de consommer du sucre de temps en temps pour « compenser ». Puis réalisant soudain le décalage entre les conseils qu'elle avait maintes fois assénés à ses patientes au cours de la matinée et sa consommation de soda hyper sucré, elle eut un petit temps d'hésitation puis finit par déclarer comme pour se dédouaner qu'elle irait faire deux heures de tennis en fin d'après-midi.

Le rappel aux normes esthétiques féminines n'est pas circonscrit au problème de poids. Les gynécologues femmes adressent à leurs patientes des remarques sur l'absence de tonicité de leur corps (fesses molles, seins qui tombent). Le Dr K. (femme) conseillait régulièrement un exercice pour travailler les pectoraux et améliorer la tenue de la poitrine. On se souvient du commentaire que m'adressait le Dr H. au terme d'une matinée de consultation sur les seins de ses patientes qu'elle jugeait « moches » et « mal entretenus » (chapitre 5 : 171). Les injonctions au corps mince et tonique exprimées dans la consultation gynécologique rejoignent celles largement diffusées par les médias et plus particulièrement les magazines féminins.

L'épilation

Ainsi que le souligne Kaufmann à propos de la pratique des seins nus sur la plage « *ce que montre alors la femme est soigneusement travaillé* » (1998 : 51). Les rougeurs consécutives à une épilation récente du « maillot » que les gynécologues femmes ne manquent pas d'interroger systématiquement : « *tiens, qu'est-ce que vous avez là ?* » ou « *vous avez des démangeaisons ?* » en sont tout autant le signe. L'étude des guides pratiques de l'examen gynécologique montre que la pilosité pubienne doit faire l'objet d'une attention particulière de la part du gynécologue, celle-ci doit être de forme triangulaire et ne doit pas remonter sur l'abdomen, une pilosité plus importante pouvant être le signe d'un dérèglement hormonal (Pélissier-Langbort, 2001). L'interrogation systématique de certains gynécologues à ce sujet incite aussi les femmes à apporter un soin particulier à leur pilosité. En effet, se rendre à la consultation gynécologique, implique aussi pour les femmes de préparer leur corps de sorte qu'il soit présentable et témoin d'une hygiène féminine maîtrisée. L'épilation est une contrainte culturelle forte s'imposant comme une norme de l'apparence et de l'esthétique féminine. Les femmes rasent ou épilent non seulement les poils évocateurs de la sexualité (poils pubiens et poils sous les aisselles) mais également l'ensemble des poils corporels des jambes, des cuisses et parfois même des bras et du buste comme Katia (43 ans) qui, lors d'une discussion entre collègues¹⁰², affirmait s'épiler tout le corps à cause d'une pilosité qu'elle jugeait trop prononcée. S'épiler revient pour les femmes à renforcer leur féminité, le poil relevant dans notre société de l'ordre du masculin (Montjarret, 1989). Cette règle est respectée

¹⁰² Collègues de l'UCPA.

chaque fois que le corps doit être exposé à la vue des autres ou d'un autre. Ainsi, selon les saisons, l'épilation deviendra une pratique plus ou moins contraignante :

« En hiver, les poils, cachés sous les vêtements, appartiennent au domaine du privé, de l'intime, voire du fantasme ; en été, le corps étant plus exposé au regard d'autrui, l'élimination sera plus radicale, ne laissant que le maillot. » (Montjarret, *op. cit.* : 137)

En consultation, si des femmes présentent un corps parfaitement épilé, témoignant d'une pratique régulière, soignée et maîtrisée, d'autres le font à la hâte *« je me suis épilée vite fait ce matin »* ou *« je me suis rasée en vitesse avant de venir »*. Par ces aveux gênés et emprunts d'une certaine honte, ces femmes indiquent implicitement que la présence de poils sur leur corps ne pose pas de problème non seulement pour elles-mêmes ni pour l'exposer à la vue de leur conjoint ou de leur partenaire, l'univers domestique constituant « une coulisse » où elles ne sont pas dans la nécessité d'endosser un rôle social (Goffman, 1973). Cela témoigne également de leur maîtrise des codes pour s'être soumises à cet exercice avant de venir. En entretien, des interlocutrices ont mentionné cette épilation implicitement obligatoire comme une contrainte supplémentaire liée à la consultation gynécologique :

« En plus, il faut s'épiler avant, ça prend du temps, c'est galère » (Fabienne, 37 ans).

Les gynécologues ayant formulé des remarques sur l'épilation de leurs patientes étaient de sexe féminin. Jamais les hommes n'ont questionné les rougeurs consécutives à une épilation récente et rapide. Que les femmes en revanche interpellent systématiquement les patientes à ce sujet est une manière détournée de rappeler les normes de l'esthétique corporelle féminine dont l'épilation est une composante de premier ordre et à laquelle elles sont elles-mêmes soumises.

Le recours à la chirurgie esthétique

L'esthétique du corps est très largement investie par le recours au traitement hormonal. Prescrit à la ménopause pour prévenir l'ostéoporose mais aussi le dessèchement et l'élasticité de la peau, il est aussi d'usage d'y recourir à l'adolescence pour traiter les problèmes de peau comme l'acné. La chirurgie esthétique constitue un autre recours envisagé afin de correspondre aux canons esthétiques et d'effacer les marques du temps et des événements physiologiques ou de corriger des disgrâces et autres imperfections du corps. Là encore les médias « bombardent » les lectorats féminins de nouvelles technologies pour refaire ou embellir le corps (Davis, 2002). La chirurgie esthétique est une branche de la chirurgie plastique développée plus particulièrement entre les deux guerres mondiales pour réparer les « gueules cassées » (Guirimand, 2005). Un glissement de la chirurgie plastique vers la chirurgie esthétique s'est opéré avec le recours de plus en plus massif des femmes à ces techniques pour corriger des « tares » innées ou acquises et acquérir une plus grande confiance en soi (Löwy, 2006). Même si les hommes en font aujourd'hui une plus grande utilisation, les femmes restent largement majoritaires : elles représentent 95% des personnes se faisant refaire fesses et ventre, 91% des liftings et 75% des rhinoplasties (Löwy, 2006 : 97). Les interventions les plus fréquentes concernent la lipo-aspiration, les prothèses mammaires, la plastie abdominale, le lifting cervico-facial et la rhinoplastie (Meidani, 2005). Malgré le recours de plus en plus marqué à ces pratiques, la chirurgie esthétique reste une piste de recherche inexplorée par les sociologues français. Elle est pour une majorité de féministes nord-américaines l'expression des contraintes culturelles pesant sur l'apparence corporelle des femmes (Weitz, 1998). Tout en reconnaissant ces contraintes sociales et à l'instar du Dr Noël (chirurgienne et féministe engagée du début du XXème siècle) dont elle a étudié le parcours, K. Davis se refuse de porter un jugement négatif sur les femmes qui ont recours à ces pratiques qu'elle considère comme un moyen efficace pour réduire les souffrances endurées par les femmes qui ne correspondent pas aux canons définis par la société.

La consultation gynécologique s'est révélée être le lieu de négociations autour de telles pratiques envisagées par des patientes ou suggérées par des médecins face aux insatisfactions énoncées. Alors que des jeunes femmes se sont plaintes des proportions de leur poitrine jugée soit asymétrique, soit trop grosse ou trop petite, la majorité des plaintes d'ordre esthétique ont été exprimées par des femmes ayant eu des enfants et le plus souvent âgées de plus de quarante ans. Elles mentionnent alors « des seins qui tombent », « des seins de plus en plus

petits après chaque grossesse » ou encore « un ventre distendu ». Les réponses apportées par les gynécologues semblent majoritairement déterminées non pas tant par l'âge des patientes que par le fait qu'elles aient ou n'aient pas eu leur « compte d'enfant » comme en témoignent les propos du Dr A. (femme) :

« Certaines jeunes ont des demandes mais qu'on freine. Au jeune âge, on les freine, on leur dit qu'elles ne sont pas terminées, que c'est idiot, qu'il faut qu'elles aient leur premier enfant parce qu'après elles seront abîmées. Et après il y a des demandes après le compte d'enfants, des femmes qui se font refaire la poitrine, l'abdomen, une fois qu'elles ont eu leur compte d'enfants. Une ptose, quand elles ont retrouvé leur poids et qu'elles ont fait tout ce qu'il fallait et qu'elles continuent à avoir le ventre tout mou, elles souhaitent que la chirurgie vienne leur donner un petit coup de main, des liposuccions, ouais tout à fait il y a des demandes. »

La maternité apparaît en effet comme étant une étape charnière dans la gestion de l'esthétique corporelle. Alors que toutes les demandes émanant de jeunes femmes nullipares pour une intervention chirurgicale visant à corriger un volume (des seins ou du ventre) ont été vivement découragées par les médecins, celles soumises par des femmes déjà mères ont reçu une écoute et un avis favorable.

Les réponses du Dr D. (homme) aux insatisfactions exprimées par une patiente de 41 ans, mère de deux enfants en témoignent :

Patiente (en train de se rhabiller) : « *J'ai des petits seins maintenant* »

Dr D. : « *On peut vous mettre des prothèses* »

Patiente : « *Ah non, c'est le ventre qu'il faut me refaire, regardez* »

Dr D. : « *Oui, il faut le faire si ça vous gêne* »

Patiente : « *Ah non, ça ne me gêne pas !* »

Dr D. : « *Bon, si ça ne vous gêne pas, il faut mieux rester comme ça* ».

Une stérilité confirmée permet d'envisager la chirurgie esthétique à un âge où elle est ordinairement proscrite ou vivement déconseillée comme pour cette jeune femme (26 ans, doctorante en histoire et célibataire) rendue stérile à la suite d'une endométriose « dévastatrice » :

Patiente : « Vous voyez le problème c'est mon ventre, il est trop gros et vous savez c'est pas bien d'être gros parce que maintenant je passe mon temps à transpirer »

Dr D. : « On peut le couper, allez voir un plasticien parce que ça vous prend trop la tête »

Même si les situations dans lesquelles la chirurgie esthétique a été abordée, soit par les femmes soit par les médecins, restent finalement peu nombreuses, elles s'inscrivent dans la tendance plus générale qui consiste à accorder une place à la dimension esthétique du corps dans cette consultation médicale. Cette tendance tient en grande partie à la féminisation de la profession de gynécologue puisque ce sont les femmes qui se montrent les plus injonctives, elle a aussi pour conséquence de légitimer et de renforcer les normes corporelles féminines d'ordre esthétique.

7.3 Recours hormonal et ses enjeux

Dans le travail réalisé par D. Mehl et M. Dagnaud en 1987 sur les gynécologues, il est bien difficile de savoir qui du gynécologue ou de la femme crée la norme ou impose sa logique. Bien que les auteurs affirment que le professionnel adopte avant tout la logique de la patiente plutôt qu'il n'impose la sienne, elles soulignent qu'ils sont aussi inspirateurs des programmes de recherche et expérimentateurs des nouvelles techniques. Dans leur ouvrage, la femme apparaît comme un être en quête d'un « hédonisme » incontrôlable et incontrôlé, l'amenant à formuler des requêtes aux marges de l'éthique. L'hédonisme est selon certains auteurs au cœur des préoccupations contemporaines relatives au corps. « Soyez heureux » écrit G. Raveneau car « telle serait l'injonction de la modernité, toute entière vouée à l'hédonisme » (2000 : 24). Si l'on considère les propos de la patiente du Dr J. rapportés plus haut (p 232) évoquant la stigmatisation que pouvaient entraîner des règles douloureuses qui entravaient ses relations professionnelles, le terme d'hédonisme n'est certainement pas le plus approprié pour décrire la démarche de cette femme réclamant un traitement qui puisse lui permettre d'éviter le stigmate. Que les femmes aient pu trouver dans le cabinet de gynécologie l'interlocuteur privilégié pour les aider à ne pas être entravées dans leurs relations sociales ou professionnelles par des contraintes physiologiques stigmatisantes est indéniable. Cette rencontre a d'autant été facilitée que les gynécologues sont elles-mêmes des femmes soumises

dans leur corps aux mêmes contraintes et ayant été dans l'histoire longtemps écartées de la médecine en raison de leurs spécificités physiologiques ainsi que nous l'avons rappelé dans notre première partie. D. Mehl et M. Dagnaud reconnaissaient le caractère déterminant de la féminisation de cette profession dans la prise en compte des aspirations féminines, nous l'avons également souligné. Ce que nous voulons montrer ici c'est que les moyens mis en œuvre pour répondre aux demandes des femmes s'ils participent à normaliser le corps des femmes comme l'ont déjà montré d'autres travaux et notamment ceux de N. Oudshoorn, ils contribuent aussi à servir les intérêts des gynécologues dans leur pratique quotidienne.

L'objectif poursuivi par les gynécologues est donc de tout mettre en œuvre afin que les femmes ne soient pas gênées par leurs règles ainsi que nous l'expliquait le Dr B. (femme) :

« Je crois que notre but, enfin le mien, c'est que les règles ne doivent pas être douloureuses, que les règles ne doivent pas être vécues comme une entrave à la vie et à la féminité. Ça fait partie du naturel, on a ses règles sans avoir mal sans avoir un truc, et on doit vivre normalement. Donc je leur dit qu'on fera en sorte que les règles ne soient plus un casse-tête chinois pour elles. Alors c'est vrai que ça doit vouloir dire quelque chose pour elles. Alors dans un premier temps j'essaie toujours médicalement qu'elles n'aient plus mal et que les dysménorrhées doivent disparaître »

Les moyens mis en œuvre par les médecins pour permettre ou amener les femmes à « vivre bien » leur féminité consistent essentiellement en un recours hormonal qui contribue à normaliser les corps. Ainsi mis en conformité, le corps présente la caractéristique d'être silencieux, cette mise sous silence instaurée souvent dès la puberté se prolonge à la ménopause et au-delà. Cependant, il est une tranche d'âge intermédiaire où le silence est rompu. Cette rupture est un puissant révélateur du processus et mérite que l'on s'y intéresse au regard des arguments mis en avant pour la justifier. C'est alors que se révèlent au plus fort les enjeux professionnels des traitements hormonaux : s'assurer une clientèle d'une part dépendante et d'autre part silencieuse, c'est-à-dire qui n'est pas à « se plaindre tout le temps ».

7.3.1 La pilule et le silence des fonctions reproductives

La contraception hormonale est de loin la méthode contraceptive la plus prescrite et il est fréquent de lire qu'elle est le moyen contraceptif utilisé par 60% des femmes âgées de 18 à 44 ans (Leridon, Régnier-Loilier, 2007)¹⁰³. En revanche, toutes les études s'accordent pour reconnaître une hausse constante du recours à la pilule contraceptive, la tranche d'âge la plus utilisatrice étant celle des 18-29 ans. La pilule ralentit sa progression pour la tranche d'âge 35-39 ans tandis que le recours au stérilet s'est stabilisé pour cette même tranche d'âge alors qu'il est en recul pour les 25-34 ans¹⁰⁴. Les auteurs attribuent ces changements au recul de l'âge à la maternité, le stérilet étant prescrit aux femmes ayant déjà eu des enfants. Il convient de s'arrêter ici sur la manière dont s'opère le choix des contraceptifs afin de relever les logiques à l'œuvre.

Même si les études tendent à montrer qu'il n'y a pas de contre indication à la prescription de DIU aux femmes n'ayant pas eu d'enfant ou plus jeunes, les gynécologues continuent de le refuser aux jeunes femmes qui en font pourtant la demande. Pourtant, les recommandations de l'ANAES encouragent son utilisation y compris auprès des jeunes :

« Plus généralement, au regard de sa très bonne efficacité et de son taux d'utilisation en France paradoxalement assez faible chez les femmes jeunes, le groupe de travail recommande, afin que l'accès au DIU soit facilité, que son utilisation soit mieux connue et que ses bonnes pratiques de pose fassent l'objet d'un enseignement » (2004 : 22-23)

Néanmoins, on peut lire plus loin dans le rapport que son utilisation doit être limitée chez les jeunes en ces termes :

« L'utilisation en est cependant limitée compte tenu du fait qu'il s'agit d'une population considérée à risque élevé d'IST et des difficultés d'insertion liées à la nulliparité et à la fragilité cervicale des adolescentes » (op. cit. : 122-123)

¹⁰³ Selon les sources ce chiffre est variable : 45,4% (Leridon, Rossier, 2004) ou 48% (ANAES, 2004).

¹⁰⁴ Leridon, Oustry, Bajos, équipe Cocon (2002), « La médicalisation croissante de la contraception en France », *Population et sociétés*, juillet-août, n° 381.

L'ambivalence concernant ce contraceptif repose en effet sur les représentations relatives à la sexualité des jeunes, supposée instable et caractérisée par la multiplicité des partenaires. Les propos que nous a tenu le Dr J. (femme) vont dans ce sens :

« Oui c'est justifié mais pas autant. C'est justifié bien sûr. Chez des jeunes filles pas très heu [silence] pas très organisées euh...ordonnées, qui ont beaucoup de partenaires qui n'ont pas de vie de couple, c'est justifié. Mais c'est pas interdit et ce n'est pas une contradiction absolue et si le médecin justifie pourquoi il est arrivé là, si c'est bien argumenté et justifié, on peut poser un stérilet. Ça m'est arrivé de poser chez une grosse fumeuse avec des antécédents familiaux importants, au lieu de risquer un accident cardio-vasculaire. Mais en France c'est très, très rare qu'un gynécologue pose un stérilet chez une jeune femme. Ce n'est pas interdit mais c'est très fortement déconseillé. »

Les demandes de stérilet de la part des jeunes restent toutefois relativement rares. Des témoignages recueillis en entretien apportent un éclairage sur les raisons qui peuvent expliquer une préférence pour la pilule. La plupart des jeunes femmes rencontrées mettent en avant le fait qu'il ne leur serait pas possible d'avoir un objet dans le ventre comme Eugénie (27 ans) :

« Franchement, je crois pas que ce soit très bon pour l'organisme d'avoir un objet étranger comme ça dans le ventre. En tout cas, moi je pourrais pas »

D'aucune ont évoqué l'impact du stérilet sur les règles au regard des expériences vécues par leurs amies ou sœurs comme Clémence (23 ans) :

« Avec ce machin soit on a des règles hyper abondantes et ça, bonjour la galère. J'vois ma sœur comment ça lui a modifié ses règles. Soit on a plus de règles du tout. Franchement ça donne pas envie ! »

Il apparaît aussi à travers les témoignages que les jeunes femmes ont intégré le fait que cette méthode contraceptive était plus particulièrement réservée aux femmes plus âgées et considèrent de ce fait que ça n'est pas pour elles ainsi que Amélie l'affirmait : *« Le stérilet, c'est un truc de vieux ! »*

Dans le cours de notre entretien, le Dr I. (femme) nous apporte une explication supplémentaire par rapport aux arguments en défaveur du stérilet chez les jeunes. Elle évoque

le suivi gynécologique qui, pour le stérilet, n'est que tous les cinq ans alors qu'avec une contraception orale, les prescriptions de 6 mois obligent les femmes à se rendre à la consultation au moins une fois par an.

« Si on pose un stérilet, ça veut dire qu'on laisse la femme partir dans la nature pour quatre ans, vous imaginez. Alors que si elle a une pilule, elle est suivie régulièrement. Ça reste une contraception de deuxième intention. »

L'interaction entre le Dr H. (femme) et une nouvelle patiente, venue pour un renouvellement de pilule, renforce l'idée selon laquelle les médecins auraient une nette préférence pour la pilule contraceptive parce qu'elle implique un suivi très régulier.

Patient : *« Vous prescrivez que pour six mois ?! »*

Dr H. : *« Ah oui, c'est vrai que sur Paris on préfère. [silence] De toutes façons, les ordonnances ne sont valables que six mois, et puis, on aime bien vous voir quand même »*

Le Dr I. (femme) reconnaît que ce suivi n'est pas totalement justifié et qu'il serait tout à fait possible d'espacer les consultations en faisant des prescriptions pour un an sans pour autant prendre des risques en terme de prévention :

« Oui, peut-être que l'on pourrait alléger certaines choses, voir ce qui se passe . Par exemple jusque là on faisait une prescription de pilule pour six mois. Chez une femme où a priori tout va bien moi je dirai on pourrait donner pour 12 mois. On pourrait déjà alléger les dépenses de la sécurité sociale à ce niveau là. Ce qui se passe en ville de plus en plus actuellement, les gynécologues donnent de plus en plus souvent pour un an la prescription de pilule car il y a beaucoup d'attente pour les rendez-vous et donc peut-être qu'il y a des médecins généralistes qui pratiquent tous les trois mois, je sais pas mais a priori les gynécologues espacent de plus en plus les consultations. Là on pourrait ici aussi faire une démarche. Voir une femme pour une pilule même en bonne santé une fois par an je trouve que c'est justifié pour faire un diagnostic. Quand on dit un an c'est souvent 13 ou 14 mois vous voyez »

La contraception hormonale par pilule et le suivi régulier qu'elle implique s'avère finalement être aussi un bon moyen de s'assurer une clientèle. Même si les consultations sont surchargées comme le rappelle le Dr I., si toutes les femmes sous pilule venaient à diviser par deux leur nombre de consultations, l'activité des gynécologues s'en verrait considérablement diminuée.

Dans leur ouvrage, N. Bajos et M. Ferrand (2002) soulignent que le recours principal à la pilule est lié au fait qu'il y a très peu d'innovations en matière de contraception. De nouveaux contraceptifs ont fait leur entrée sur le marché mais ne semblent pas pour autant remporter l'adhésion des gynécologues. L'analyse des arguments mis en avant pour justifier le fait de ne pas les prescrire renforce l'hypothèse précédemment énoncée.

Un de ces nouveaux contraceptifs est Implanon, implant sous cutané, arrivé sur le marché français en 2001 alors qu'il était déjà utilisé depuis une année dans plusieurs pays comme la Hollande, la Suisse, le Royaume-Uni et l'Autriche. Cent-vingt-mille femmes y avaient recours et le principal argument en faveur de cet implant, mis en avant par des utilisatrices interrogées, est qu'il ne présente pas la contrainte d'une prise quotidienne comportant le risque d'oubli comme dans le cas de la pilule. Les gynécologues interrogés sur cette méthode se sont tous montrés réticents, affirmant qu'ils refusaient d'en poser parce qu'ils n'avaient pas reçu la formation requise ou, comme le Dr C. (femme), parce que le principe leur paraissait particulièrement surprenant et surtout inesthétique. Si elle dit devoir s'adapter aux évolutions et se former pour pouvoir répondre à la demande de ses patientes, elle ne s'est encore jamais résolue à le faire :

« Alors ça c'est perso. C'est très surprenant. L'idée de me coller un truc dans le bras ça ne me collait pas du tout. Donc j'ai appris, je n'en ai pas encore posé, mais je me suis entraînée, parce que je me suis dit il faut quand même avoir ce truc. Et alors on a eu une déferlante de jeunes femmes qui trouvaient ça absolument génial, toute cette génération piercing et à qui ça ne gênait pas du tout de mettre quelque chose sous le bras. C'est là que j'ai vu que je vieillissais, moi ce côté un peu esthétique l'été d'avoir un truc là en bras nu et d'afficher son truc et donc quelque chose qui me gêne j'ai du mal à le faire et elles, elles me renvoyaient en retour « mais ça doit être génial ». L'idée de se mettre un stérilet dans l'utérus leur était plus difficile que se mettre un truc sous le bras et j'ai réfléchi beaucoup à ce qu'elles me disaient et je me suis dit il faut aller vers ce qu'elles veulent. Donc pour l'instant je n'en ai pas encore posé mais je pense que ça va se faire. Il faut évoluer avec elles et puis il va y avoir d'autres choses comme les anneaux vaginaux et tout ça. »

D'autres arguments apparaissent en consultation au cours desquelles des patientes ont fait la demande de cet implant. Les gynécologues déconseillaient vivement l'utilisation de ce contraceptif parce qu'il provoque, selon eux, des règles très abondantes. Ainsi que nous l'expliquait le Dr H. (femme) au terme d'une de ses consultations, ce n'est pas tant la gène

que ces saignements peuvent représenter pour la patiente que les plaintes qu'ils risquent de générer :

« Moi j'ai pas envie de leur mettre ce truc parce qu'elles vont revenir se plaindre parce qu'elles saignent trop et elles vont venir pleurer pour que je leur retire au bout de trois mois »

L'anneau vaginal, commercialisé en France sous le nom de Nuvaring, est en vente depuis 2004. Si le Dr C. (femme) l'évoque rapidement sans entrer dans les détails, aucun des autres gynécologues rencontrés ne l'ont mentionné en entretien ni au cours des consultations observées à l'exception du Dr J. (femme). L'extrait d'une interaction entre elle et l'une de ses patientes âgée de 33 ans montre que même si la gynécologue se révèle particulièrement enthousiaste vis-à-vis de l'anneau vaginal, elle préfère finalement remettre sa patiente sous contraception orale laissant entendre que l'anneau comporte plus de risque de grossesse que la pilule et dont elle ne souhaite pas avoir à endosser la responsabilité :

Dr J. : *« Vous avez essayé l'anneau ? »*

Patientes : *« Oui mais là je l'ai retiré pour l'examen »*

Dr J. : *« Moi ça ne me gêne pas »*

Patientes : *« Je supportais bien mais là je commence à avoir des douleurs dans le bas du ventre. Je ne sais pas si c'est ça mais le principe est génial ! »*

Dr J. : [à mon intention] *« Vous connaissez l'anneau vaginal. Moi je suis une fan alors je le prescrit énormément. Je l'ai essayé et franchement c'est sensationnel ! »*

[après examen gynécologique]

Dr J. : *« Je pense que vos douleurs n'ont rien à voir avec l'anneau mais si ça persiste on changera pour une pilule »*

Patientes : *« Oui eh puis si jamais il m'arrive un pépin, moi je me fais tuer par mon mari parce qu'il est pas prêt pour en avoir un deuxième [enfant] »*

Dr J. : *« Oui, bon, on repart sur une pilule alors, c'est peut-être plus sûr »*

Patientes : *« Oui, peut-être que j'y reviendrai »*

Le fait que l'anneau vaginal ne soit pas remboursé et que son coût est assez élevé (15 euros par mois) ne favorise certainement pas son utilisation. De plus, ainsi que le souligne le rapport de l'ANAES, le fait que sa mise en place doit se faire par l'utilisatrice elle-même comporte un risque de mauvaise manipulation pouvant entraîner une inefficacité contraceptive.

La contraception hormonale orale présente l'avantage de pouvoir obtenir, à partir des différents dosages hormonaux existants, des cycles, certes superficiels, mais réguliers, de réguler les flux menstruels et de supprimer les douleurs. La pilule permet ainsi de libérer les femmes des troubles relatifs aux menstruations. Si cela entraîne une uniformisation des fonctions reproductives féminines (Oudshoorn, 1994), cela participe en quelque sorte à perpétuer une représentation négative du corps féminin qui, sans l'intervention des traitements hormonaux, est contraignant, voire invalidant. Cette « normalisation » du corps a aussi pour effet de mettre ces fonctions reproductives sous silence autant que les femmes elles-mêmes qui n'ont plus à s'en plaindre.

A l'approche de la quarantaine, l'arrêt de la pilule est imposé ou vivement recommandé par le médecin au regard du risque encouru par une prise hormonale trop longue. De leur côté, les femmes de cette tranche d'âge (39-45 ans) expriment souvent le désir d'arrêter la pilule, lassées des contraintes qu'elle représente. L'arrêt de la prise hormonale s'accompagne très souvent d'une irrégularité et d'une modification du flux menstruel puis de douleurs pelviennes et de ballonnements jugés très inconfortables par les patientes. De plus, à la quarantaine le fonctionnement ovarien tend à se modifier annonçant ce que les médecins appellent la « préménopause »¹⁰⁵. Le corps mis sous silence depuis presque 20 ans, n'est plus « silencieux ». Alors que les gynécologues avaient jusqu'à présent été à l'écoute de ces plaintes et avaient proposé des traitements pour les faire taire, la majorité d'entre eux adoptent une attitude très contrastée par rapport à celle qu'ils avaient tenu jusqu'alors entraînant des incompréhensions de la part des patientes qui bien souvent pensent, à ce moment là, à changer de gynécologue.

¹⁰⁵ Préménopause et périménopause sont souvent confondues. La préménopause « est une période précédant de 10 ans la ménopause proprement dite, marquée par une réduction progressive de la fonction ovarienne » et la périménopause « débute avec les irrégularités menstruelles et recouvre l'année d'incertitude qui suit l'arrêt apparent des règles » (ANAES, décembre 2004)

7.3.2 Enjeux et implications d'une interruption hormonale à quarante ans

Quarante ans ou l'approche de la quarantaine ne constitue pas une « temporalité » dans les traités de gynécologie car, comme le souligne le Dr Lachowsky, cela n'en représente pas une au regard de la physiologie :

« Pourquoi ce cap qui n'en est pas un au regard de la physiologie ? Ce n'est pas un marqueur de la féminité comme la puberté ou la ménopause » (2005 : 142)

Dans leurs ouvrages, les gynécologues n'y accordent pas de place. Pourtant, l'analyse des matériaux recueillis en observation puis en entretien nous conduit à faire le constat que la quarantaine constitue une temporalité à part entière que l'on pourrait plus précisément situer entre 39 et 45 ans. Le Dr J. (femme) l'annonçait ainsi à l'une de ses patientes en réalisant l'âge de celle-ci à la lecture du dossier au début de la consultation : *« Ah, nous allons passer une dizaine, une étape importante ! »*. Si des femmes comme la patiente du Dr J. sont surprises par une telle annonce, n'en comprenant pas le sens caché, d'autres en revanche attribuent à cette période un ensemble de troubles physiologiques auxquels, disent-elles, ne pas avoir accordé d'importance au début de leur manifestation mais qui sont devenus de plus en plus insupportables. Caroline (44 ans) affirme que depuis plusieurs années, *« en fait depuis que je ne prends plus la pilule »*, elle a des *« ballonnements »* avant ses règles, a mal au ventre, souffre d'insomnie et a *« le moral qui descend en flèche »* la semaine qui précède ses règles :

« Tout va bien et puis d'un seul coup, je me réveille le matin et je sais pas pourquoi, ça va pas. Enfin, ça va mais j'ai pas le moral, je me sens triste, enfin, c'est plus que ça, j'ai comme un mal être alors que la veille tout allait très bien »

Ces troubles sont très souvent exprimés en consultation. Certaines patientes n'évoquent cependant que les ballonnements. La prise de poids avant les règles est un symptôme qui n'est pas caractéristique de cette tranche d'âge, il est évoqué par des patientes plus jeunes et qui ne prennent pas la pilule. Cette plainte est en revanche récurrente chez les patientes de la tranche d'âge ici concernée. Si elle est la seule plainte énoncée, les gynécologues l'écartent très vite en affirmant *« ah, ça, c'est vos intestins, rien à voir avec la gynéco ! »*. L'observatrice peut en

déduire que les femmes de 40 ans ont toutes des problèmes d'intestin. Un peu rapide ! Le renvoi aux intestins est plus vraisemblablement lié au fait que les gynécologues sont aujourd'hui démunis tant en terme de compréhension du phénomène que de moyens disponibles pour y remédier ainsi que le laisse supposer un rapport scientifique sur le sujet :

*« Cette plainte est en général floue à type de ballonnement et gonflement abdominal. La prise de poids peut être importante. Actuellement aucune explication physiopathologique hormonale ne fait l'unanimité. Il existe à cette période un déséquilibre du rapport oestradiol/progestérone extrêmement variable d'une femme à l'autre sans qu'il soit possible de dégager un profil dominant lié à ces désordres »*¹⁰⁶

Les hormones ne semblent ni responsables ni utiles pour opérer une remise en ordre comme cela avait été jusqu'alors possible. D'autant qu'à cet âge, il faut arrêter les hormones car *« elles en ont déjà pris pendant vingt ans et elles en reprendront bientôt à la ménopause. Il faut faire une pause »* (Dr B., femme). Cette pause, soit imposée, soit voulue par les patientes elles-mêmes, a pour conséquence de rompre le silence des organes établi par la pilule. Rompre ce silence devient primordial pour les gynécologues, argument d'ailleurs bien plus souvent mis en avant pour justifier l'arrêt des hormones que les risques encourus par les traitements hormonaux.

*« La médicalisation entrave la parole. C'est le moment où les maux deviennent des mots. »*¹⁰⁷

Se plaindre de l'inconfort des règles devient le signe évident d'une difficulté psychologique à assumer son âge et plus particulièrement la perte du pouvoir fécondant qui s'amorce. Les femmes sont alors encouragées à mener une réflexion sur leur rapport au corps, à la féminité et à leur désir d'enfant que les médecins disent être, à cet âge, très ambigu. Pour que cette réflexion soit optimale il est nécessaire d'être à l'écoute de son corps et plus précisément de son fonctionnement naturel.

« Entre 35 et 45 ans, il y a urgence à entreprendre une psychanalyse. Les femmes prennent conscience du temps qui passe et elles doivent anticiper la perte de leur capacité de

¹⁰⁶ Prise de poids prémenstruel et plaintes associées, Journée d'étude annuelle du collège des gynécologues médicaux de la région Nord avril 1996, in Gynécoscopie n°4, 1997, pp 8-15.

¹⁰⁷ Mariane Buhler, « 40 ans pour longtemps », Congrès de gynécologie psychosomatique, Paris, 2002.

reproduction. Ce n'est pas à l'âge de la ménopause que l'on parle de ménopause mais bien avant »¹⁰⁸.

La psychosomatisation est aussi souvent invoquée. C'est-à-dire que les médecins vont identifier un élément de la vie de leur patiente comme étant à l'origine de ces troubles. Les « confidences » faites dans le cadre de l'examen gynécologique vont servir de support à cette interprétation. Les gynécologues puisent dans le stock des événements relatés par la patiente. Ainsi la grossesse de la fille rend compte des difficultés d'une mère à « *passer le relais* », le stress professionnel entraîne une psychosomatisation, la surcharge des tâches domestiques etc. Si ces interprétations ne donnent pas lieu en consultation à de contestations de la part des patientes, en entretien les femmes avouent leur incompréhension et leur agacement comme Caroline :

« Alors ma gynéco, elle dit que c'est parce que je suis stressée entre mon travail et les trois enfants à gérer. C'est pas nouveau, je ne suis pas plus stressée aujourd'hui qu'hier. C'est n'importe quoi. Le pire c'est que sur le coup tu culpabilises, tu te remets en cause puis tu réalises que tout ça c'est de la connerie mais pendant ce temps là, je reste avec mes trucs. Faudrait peut-être que je change de gynéco »

L'envie de changer de gynécologue à ce moment là est un sentiment largement partagé. Les femmes, comme Karen, pensent que leur gynécologue les « *connaît trop* » et ne sont plus à leur écoute. Seulement changer de gynécologue est une décision difficile à prendre au regard des difficultés à « trouver » un ou une gynécologue ainsi que nous l'avons montré plus haut. La plupart disent s'être résignées et avoir finalement espacé les consultations pendant un temps.

« Du coup j'y vais pas aussi régulièrement et je me fais engueuler parce que je n'ai pas fait la mammographie ou parce qu'il faut faire un frottis » (Katia, 43 ans)

En consultation nous avons été témoin du « retour » de patientes après une longue absence. L'interaction entre le Dr D. (homme) et une patiente âgée de 44 ans en est une illustration :

¹⁰⁸ Martine Lerude, « Demande d'analyse à la ménopause », Congrès de gynécologie psychosomatique, Paris, 2002.

Dr D. : « *Ah ben dites donc ça fait un bail !* »

Patiente : « *Oui, c'est vrai* »

Dr D. : « *Depuis, vous avez fabriqué la Mégane, la Velsatis* » [la patiente est cadre chez Renault]

Patiente : « *Ah, je vois que vous suivez !* »

Dr D. : « *Bon, on en est où ?* »

Patiente : « *A rien depuis fin 99* » [la consultation a lieu en avril 2002]

Dr D. « *Ah là là ! Bon, on va voir ça, et on va faire un frottis peut-être...* »

Ces interruptions de suivi ou l'espace de plus en plus long entre les consultations sont interprétés différemment par les gynécologues : « *elles oublient ou ratent leurs rendez-vous chez leur gynécologue* » au même titre « *qu'elles font des erreurs de contraception* » des « *aller-retour entre « je veux et je ne veux pas* » [...] *ce sont les contradictions de la quarantaine* » (Lachowsky, *op. cit.* : 145-146). Le Dr A. (femme) présente la quarantaine comme une période de « *crise* » ou de « *bilans* » au cœur desquels le rapport à la maternité occupe une place centrale :

« A partir de 40 ans, celles qui n'ont pas eu d'enfants, c'est le temps des grands regrets, des grands bilans. C'est marrant, souvent à 40 ans, les femmes disent « j'ai eu une vie de merde. Je me suis mariée parce qu'il fallait être mariée, des enfants parce qu'il fallait en avoir ». Elles s'inscrivent dans un cadre social qui les a guidées et tout d'un coup à 40 ans elles sont capables de vouloir le grand amour parce qu'il y a une espèce d'urgence et ça j'en ai rencontré pas mal. Il y a celles qui font le deuil de la maternité avec douleur donc là il faut les accompagner. Il y a celles qui par contre vont faire le choix de la maternité de 40 ans alors là c'est carrément une grossesse précieuse même si toutes les grossesses le sont mais là il y a une prise de conscience que le temps joue contre soi et que c'est le moment. Et souvent, c'est des grossesses fabuleuses et des naissances fabuleuses car les enfants sont vraiment attendus parce que là, il y a un choix vraiment là hein. »

Ce témoignage illustre aussi le fait que les femmes présentent toutes des histoires différentes et qu'elles ont toutes un rapport spécifique à la maternité, ce que la médicalisation des fonctions reproductives, qui entraîne une uniformisation, tend à faire oublier aux gynécologues mais aux femmes elles-mêmes. Quelle que soit leur histoire, qu'elles aient eu ou pas des enfants, toutes les femmes de quarante ans vont être, à un moment donné ou à un

autre, interpellées par le ou la gynécologue sur ce rapport à la maternité, souvent par cette simple interrogation : « *alors le bébé de la quarantaine, vous y pensez ?* ». Les évocations sont parfois plus implicites, comme des sous entendus laissés en suspend ainsi qu'en témoigne l'interaction entre le Dr G. (femme) et une patiente âgée de 40 ans :

Dr G. : « *Vous venez pourquoi ?* »

Patiente : « *Je viens vous voir parce que je veux un suivi* »

Dr G. : « *Ah bon ?* »

Patiente : « *Oui, j'ai eu un enfant ici donc je veux un suivi* »

Dr G. : « *Vous avez Cycléane 20, c'est ça ?* »

Patiente : « *Oui mais j'ai envie de changer pour un stérilet. J'ai deux enfants et maintenant c'est fini* » [le ton est ferme et catégorique]

Dr G. : « *Bon, vous avez déjà vu un stérilet, je vais vous faire un dessin* » [le médecin explique le principe du stérilet, procède ensuite à l'examen gynécologique et rédige l'ordonnance pour la mammographie et le stérilet] « *Vous venez entre le 3^{ème} et le 10^{ème} jour après le début de vos règles. Vous appelez la secrétaire et vous dites que c'est pour un stérilet. Et dites vous bien que si vous avez envie, on peut toujours le retirer* [rires de la gynécologue que ne partage pas la patiente qui me lance un regard dans lequel je peux voir de l'agacement] »

Résignées pour certaines, espaçant les consultations pour d'autres, engagées dans une grossesse tardive médicalement assistée, la majorité des femmes poursuivent un suivi gynécologique dans une démarche préventive. Les gynécologues insistent d'ailleurs sur l'augmentation des risques de cancer à partir de 40 ans :

« *Je crois qu'à partir de 40 ans, le suivi est absolument nécessaire parce qu'on va pouvoir dépister les potentiels cancéreux qui sont beaucoup plus importants à partir de 40 ans, ça c'est certain. Oui, c'est évident. Après on prend un traitement hormonal substitutif, on s'inscrit dans une démarche médicalisée de toutes façons parce que là tous les six mois, il y a une ordonnance à faire.* » (Dr A., femme)

La prévention les maintient avec plus ou moins de régularité en gynécologie jusqu'au moment de la ménopause où les hormones vont à nouveau être utilisées pour remettre de l'ordre ou éviter le désordre.

7.3. 3 Palier aux carences hormonales de la ménopause

Si les traitements hormonaux substitutifs ont pu faire l'objet de prescription systématique il y a quelques années, il apparaît à travers les observations réalisées que la controverse sur les risques de cancer du sein liés à ces traitements a entraîné une modification des attitudes des professionnels. Pourtant, ils s'en défendent comme le Dr I. (femme) :

« En France, on n'a pas changé nos habitudes depuis ces études. On n'a rien changé. Et puis on ne pense pas que l'on augmente le risque de cas ou d'apparition des cancers. Peut-être qu'on augmente les cas de diagnostic parce que c'est des femmes suivies bien régulièrement, deux fois dans l'année et donc on découvre plus tôt leur cancer et le cancer, c'est quand même une tumeur qui est lente dans la plupart des cas et donc le cancer que l'on aurait peut-être découvert dans les 5 ans, on le découvre beaucoup plus tôt. Et c'est pour ça que c'est la découverte des cancers qui augmente le nombre de cas des cancers et en réalité c'est peut-être le nombre de diagnostics et non pas le nombre des cas provoqués par le traitement. C'est pour ça qu'après avoir décortiqué toutes ces études que l'on ne change pas ces habitudes. Quand une femme dit « j'en peux plus, je peux plus travailler, je suis très nerveuse », il faut lui donner quelque chose. Il y a tellement de retentissement sur cette femme et son entourage, c'est quelque part S.O.S. C'est toujours difficile professionnellement à 50 ans qu'on est bien encore, qu'on n'est pas vieille. Si elle est bien, je ne la force pas. Peut-être que je fais une densitométrie parce que l'on n'a pas le droit de renoncer, de rejeter complètement et après on décide ensemble. »

Les études auxquelles le DR I. fait référence ont été publiées en 1997 pour la Méta-analyse d'Oxford¹⁰⁹ et en 2002 pour celle réalisée par la WHI (Women's Health Initiative)¹¹⁰. Ces deux études révélaient une augmentation du risque de développer un cancer du sein pour les femmes sous traitements substitutifs à la ménopause. Les résultats alarmistes de ces deux études sont toutefois nuancés par les chercheurs français¹¹¹. S'ils ne remettent pas en cause les conclusions de ces études, ils considèrent en revanche qu'elles ne sont pas extrapolables au cas français. D'une part parce que les traitements majoritairement prescrits en France diffèrent

¹⁰⁹ Collaborative group on hormonal factors in breast cancer, "Breast cancer and hormone replacement therapy", *Lancet*, 1997, 350, pp1047-1059.

¹¹⁰ « Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women », *JAMA*, 2002, 288, pp321-333.

¹¹¹ Fournier A., Hill C., Clavel-Chapelon, « Traitement hormonal substitutif à la ménopause et risque de cancer du sein », *Bulletins du cancer*, 2003, 90, pp821-831.

de ceux utilisés dans les pays où les études ont été réalisées : « En France, en effet, les traitements prescrits sont le plus souvent composés de 17 bêta-estradiol, au lieu d'oestrogènes conjugués équin, et de divers progestatifs, parmi lesquels la progestérone naturelle et la dydrogestérone sont les plus courants » (2003 : 829). D'autre part, les populations étudiées ne présentent pas les mêmes caractéristiques que les femmes françaises : « une population qui n'est pas représentative des femmes traitées en France (plus âgées, puisque l'âge moyen est de 63,3 ans, et de poids plus élevé puisque leur indice de masse corporelle moyen était de 28,5) » (*op. cit.* : 829). En revanche, ils réfutent l'hypothèse selon laquelle l'augmentation du risque de déclarer un cancer du sein chez les utilisatrices serait lié au dépistage systématique et régulier réalisé auprès des femmes traitées, ces dernières étant mieux suivies que celles qui ne prennent pas de traitement. Cet argument est pourtant repris par le Dr I. (femme) qui comme nous allons le voir minimise et surtout relativise à sa manière les risques encourus :

La notion de risque par le Dr I.

Le Dr I. relativise les risques encourus par les femmes traitées en transformant les chiffres relatifs en chiffres absolus puis en comparant ces risques avec ceux relatifs à une consommation de tabac ou encore aux maladies cardio-vasculaires :

« Si on décortique les articles qui parlent de l'augmentation du cancer du sein, on n'aboutit pas à une augmentation vraiment flagrante. Finalement quand on a transformé ces chiffres relatifs en chiffres absolus, on a trouvé que sur 1000 femmes, admettons, s'il y a 45 cancers du sein sur une population de femmes non traitées pour la ménopause, après cinq ans de traitement hormonal, on peut avoir deux cancers de plus, donc ça fait deux de plus par rapport à 45, ça fait un risque relatif qui est plus important que quand on calcule sur le chiffre absolu. Après 10 ans de traitement on a 7 cancers de plus et après 15 ans on a 10 ou 12 cancers de plus sur 1000 femmes. Déjà le risque n'est pas effrayant. Si on calcule combien on aurait de cancers du poumon si on fume 10 cigarettes par jour, ce serait beaucoup plus. Ensuite, les causes de mortalité des femmes en ménopause, ce n'est pas le cancer qui prime, c'est les maladies cardio-vasculaires. C'est presque euh, je ne me rappelle pas les chiffres, mais c'était assez impressionnant, c'était 30 fois plus je crois de mortalité par maladies cardio-vasculaire par rapport à la mortalité par cancer du sein. Le cancer du sein, c'est le premier cancer féminin mais par rapport à la mortalité, c'est les maladies cardio-vasculaires qui dominant. »

Elle nous fait comprendre ensuite que si ces études ont eu un tel écho dans le public c'est en

grande partie lié au fait que les femmes nourrissent une véritable phobie par rapport au cancer du sein alors qu'il n'est pas la première cause de mortalité féminine :

« Et quand la femme arrive à la ménopause, elle ne pense jamais «j'ai peur de mourir d'un infarctus». Je n'ai jamais vu une femme qui avait peur d'une maladie cardio-vasculaire mais par contre le cancer du sein, c'est une espèce d'épée de Damoclès. Chaque femme vit toute la vie avec cette peur. Peut-être parce que c'est un cancer qui touche la féminité, c'est possible. »

Pour clore le sujet, elle évoque les limites des études à l'origine de la polémique en affirmant que les résultats ne sont pas transposables du fait de la différence des traitements utilisés et aux caractéristiques des populations étudiées :

« Et puis les études ont été faites aux Etats-Unis, chez les femmes obèses, beaucoup plus qu'en Europe, la population des femmes était de 60 à 75 ans dominantes tandis qu'ici la ménopause est traitée plus tôt, à 50-60 ans. Et puis il n'y avait pas des médicaments qu'on utilise en France. C'était des molécules, un œstrogène et un progestatif qu'ils utilisent aux USA et qui est très, très peu utilisé en France, je ne sais même pas, je ne l'ai jamais utilisé cette molécule là. Je représente aujourd'hui l'école française et les gynécologues français n'aiment pas cette molécule là, ils ne l'utilisent pas. Ils préfèrent les traitements par voie cutanée, quelque chose de léger, de plus naturel. »

En consultation, force est de constater que d'une part les patientes n'ont pas toutes connaissance de cette polémique ou à des degrés variés et que d'autre part les gynécologues adaptent leur discours et leurs prescriptions en fonction de ces connaissances et de ce qu'en disent les patientes. L'interaction entre le Dr J. et une patiente âgée de 70 ans sous THS depuis 15 ans, illustre parfaitement la manière dont la gynécologue adapte son discours en fonction de ce que lui dit sa patiente l'amenant à tenir des propos contradictoires :

« C'est bien, continuez, ...essayez d'arrêter..., poursuivez ! »

Le Dr J. (femme) parcourt le dossier de sa patiente qu'elle commente à haute voix. Elle exprime à cette occasion son approbation vis-à-vis du traitement que prend sa patiente depuis 15 ans :

Dr J. : « Vous avez un traitement depuis 15 ans, vous vous en trouvez bien ? »

Patiente : « Oh oui »

Dr J. : « Ben vous avez raison. Vous n'avez plus d'utérus ? »

Patiente : « Non »

Dr J. : « C'est pour ça que vous avez un THS léger. C'est parfait »

La patiente exprime quelques petits désagréments pendant les phases d'interruption du traitement. La gynécologue propose alors d'augmenter les doses :

Patiente : « Pendant l'arrêt du traitement, mon sommeil est moins bon et j'ai de nouveau de petites fuites [urinaires] »

Dr J. : « Vous arrêtez combien de jours ? »

Patiente : « 10 jours »

Dr J. : « Vous n'avez qu'à mettre un timbre de plus et vous n'arrêtez que 5 jours »

C'est alors que la patiente évoque les risques de cancer du sein des THS que la gynécologue s'empresse de relativiser puis conseille à sa patiente d'arrêter le traitement s'il est pour elle source d'angoisse :

Patiente : « Dans ma tête j'ai mis de côté ces histoires de cancer du sein mais ça trotte encore un peu »

Dr J. : « Vous avez passé le cap du surcroît de risque qui est à 6 ans après le début du THS. Si vous deviez avoir un cancer par le THS, vous l'auriez déjà eu. Je crois qu'il faut être calme et détendue. Vous pouvez faire l'essai d'arrêter le THS mais vous aurez le même risque de cancer du sein inhérent au fait d'être une femme et non d'avoir un THS. Vous avez un os normal donc si vous êtes anxieuse vous arrêtez »

Patiente : « Disons que sans parler de contraintes, c'est quand même un peu de liberté de ne plus avoir de THS »

Dr J. : « Bon, arrêtez si vous voulez »

La gynécologue procède ensuite à l'examen gynécologique qui se déroule en silence. A leur retour autour du bureau, la discussion reprend sur le THS au cours de laquelle la gynécologue conseille à sa patiente de poursuivre son traitement :

Dr J. : « Vous êtes très en forme ! »

Patiente : « *Oui ! Ce n'est pas comme mes cousines qui restent avec leurs bouffées de chaleur et leurs insomnies !* »

Dr J. : « *C'est pour ça, vous allez tellement bien, continuez votre traitement* »

Patiente : « *Oui. Est-ce que le THS fait apparaître des varicosités sur les jambes parce que j'en ai quand même beaucoup* »

Dr J. : « *Je ne sais pas. Avec les années on en a tous qui apparaissent* »

Le Dr J. rédige alors une ordonnance de renouvellement du traitement de sa patiente. Lorsque nous nous retrouvons seules dans le cabinet, le Dr J. me dit « *Toutes ces études sur le risque de cancer du sein c'est du pipeau et le risque de cancer peanuts, c'est quoi 1,2 au lieu de 1 !* », ce sur quoi le Dr J. m'abandonne dans le cabinet me signifiant que la conversation sur les risques du traitement était close.

Devant l'inquiétude de sa patiente (50 ans), le Dr K. (femme) se veut rassurante :

Patiente : « *Je voulais vous demander parce que je n'entends que ça à la télé, à la radio que ça donne le cancer du sein* »

Dr K. : « *oui, c'est vrai mais ça ne concerne que les femmes obèses [la patiente est mince]. Ce ne sont pas les mêmes femmes ni les mêmes hormones que celles qu'on utilise en France. Vous prenez votre traitement depuis combien de temps maintenant ?* »

Patiente : « *Oh, ça doit faire un an* »

Dr K. : « *Oui, donc ça ne fait pas longtemps et en plus vous prenez un traitement qui n'est pas fort et vous en avez besoin. En plus les femmes qui prennent des hormones, elles sont suivies très régulièrement et donc on peut tout de suite dépister s'il y a un problème. Alors, ne vous inquiétez pas, je suis là pour m'occuper de vous* »

L'intérêt de prendre un traitement à la ménopause fait l'unanimité des gynécologues rencontrés. Même si tous reconnaissent assez volontiers que la ménopause est une période de « conjonction » entre des troubles physiologiques et des difficultés d'ordre social. Le départ des enfants est très souvent évoqué. Néanmoins, les gynécologues et plus particulièrement les femmes, soulignent l'attitude « peu charitable » des conjoints masculins qui dans bien des cas quittent leur femme à ce moment là « *pour partir avec une femme plus jeune* ».

« *Le mari est pas toujours très charitable. Le mari, il est pas toujours à la hauteur moi je trouve hein. Soit il laisse sa femme se débrouiller, soit il est un peu critique, soit heu souvent quand*

même il va voir souvent ailleurs. Ils ont la même angoisse de vieillir et ils partent avec une petite jeune. » (Dr B., femme)

D'un point de vue physiologique, la ménopause est définie comme une castration hormonale selon les propres termes du Dr K. (femme) :

« Physiologiquement, la ménopause c'est une CARENCE HORMONALE [prend un peu le ton d'un mystère, d'une grande vérité]. Imaginez, c'est une castration, voilà ce que c'est la ménopause ! Ce n'est pas une castration chirurgicale brutale, c'est une castration progressive étalée, ça dépend des femmes, de deux à cinq ans, même dix ans. Donc c'est une castration, vous n'avez plus vos hormones, vos bio-stimulants naturels, vous êtes privée de ça, en fait la nature est faite comme ça, parce que la femme est conçue d'après la nature pour mettre au monde des enfants, c'est la reproduction et voilà, il n'y en a plus. Donc la plupart des femmes se sentent mal. »

L'efficacité du traitement est approuvée même si tous ne la situent pas au même niveau et y attribuent un degré variable. La prévention de l'ostéoporose ne fait pas l'unanimité. Si le Dr I. (femme) nous explique que son expérience atteste de cette efficacité :

« Ah si, ça c'est prouvé, ah oui. Moi même j'ai fait des densitométries pendant cinq ans et je voyais sur mes patientes les valeurs qui grimpaient d'une année à l'autre, moi je voyais les chiffres. J'avais la possibilité de faire cet examen, on avait un appareil, là on n'en a plus dans le service, mais sans le voir c'est publié partout, c'est prouvé. »

Le point de vue du Dr D. (homme) est différent. Pour lui, prétendre que les THS sont efficaces pour prévenir l'ostéoporose « c'est de la connerie ». A l'une de ses patientes à laquelle un rhumatologue avait conseillé de prendre un THS, il explique que le THS « c'est bon pour le tonus, les parois vaginales, la peau mais sur la carcasse ça fait rien du tout »

La ménopause est surtout rapportée au vieillissement et les traitements sont très souvent prescrits par les gynécologues et appréciés par les patientes pour leurs effets sur la peau : « c'est bon pour la peau qui à cet âge devient beaucoup plus sèche moins souple ». Les patientes se plaignent très souvent des effets du vieillissement sur leur corps et leur apparence corporelle. « Comment rester jeune et belle ? » demandait une patiente âgée de 67 ans au Dr D. (homme). Les THS sont très largement utilisés afin de réduire les effets du vieillissement ainsi que l'affirme le Dr B. (femme) :

« Il y a quand même une modification du corps et il faut accepter cette modification et c'est vrai que des produits peuvent éviter que ça se dégrade de trop, c'est vrai qu'il faut hydrater sa peau, que le traitement hormonal contribue à ce que la peau soit plus tonique c'est vrai qu'il faut s'entretenir et là je crois qu'on a un rôle important d'accompagnement »

L'esthétique corporelle constitue en effet un point de rencontre entre les préoccupations féminines et le discours médical qui y accorde plus ou moins explicitement de l'importance, nous l'avons dit.

La mise en ordre du corps s'appuie sur une définition de la féminité dont l'essence est située dans les fonctions reproductives. Les règles, élément visible de ces fonctions, permettent aux femmes de prendre conscience de leur féminité et de garder à l'esprit leur rôle de reproductrice. Afin de préserver cet ordre du corps féminin, le recours hormonal s'impose avec d'autant plus de force qu'il permet aux femmes d'être libérées de certaines contraintes physiologiques et qu'il contribue à servir les intérêts des gynécologues dans leur pratique quotidienne. Le choix contraceptif s'opère en fonction de ce double enjeu. Pourtant, l'objectif premier d'un contraceptif est bien de libérer la sexualité de ses conséquences reproductives. Or, de sexualité il n'a jusqu'à présent pas été question sauf à souligner que les gynécologues affirment recevoir de nombreuses confidences sur la sexualité de leurs patientes. Quand et comment parle-t-on de sexualité dans cette consultation et surtout qu'en disent les protagonistes ? C'est ce que nous allons voir au chapitre suivant.

Chapitre 8 De la sexualité dans la consultation

La consultation de gynécologie médicale est attendue comme un lieu de production de parole sur la sexualité. M. Bozon soulignait en 2002 que la corporation des gynécologues s'est spécialisée dans l'appui médical et psychologique de la sexualité non-reproductive des femmes qui, selon lui, tendent à évoquer leurs problèmes sexuels directement auprès des gynécologues. La rhétorique professionnelle, largement relayée par les médias va également dans ce sens, nous l'avons déjà souligné. Rien de surprenant à cela si l'on se réfère aux travaux de M. Foucault (1976) qui montrent comment parler de sexualité est devenu un impératif depuis le XVIII^{ème} siècle et que de nombreux dispositifs ont été préparés pour recevoir ces confidences au titre desquels la médecine occupe une place privilégiée. En outre, la prescription de contraceptifs dont l'efficacité est étroitement liée aux pratiques sexuelles et au contexte affectif de leurs utilisatrices devrait de ce fait constituer un cadre légitime pour parler de sexualité dans cette consultation.

Alors que les gynécologues affirment recevoir des confidences de la part de leurs patientes sur leur sexualité, nous avons montré que le contenu de ces confidences ne concernait ni le corps ni la sexualité mais bien plus les difficultés sociales des femmes. L'analyse des modalités de l'interaction nous a permis de comprendre que parler du corps et de ses parties intimes d'une part n'était pas possible lorsque celui-ci occupe toute la scène étant dénudé et exploré pour l'examen gynécologique et que d'autre part cela comportait le risque de faire glisser les acteurs du registre médical au registre sexuel. De ce risque, nous l'avons vu, découle un ensemble de moyens mis en œuvre dans la consultation afin de le réduire au titre desquels le recours à un langage normé dont la décence morale ne permet pas, y compris dans cet espace médical, l'énonciation des termes désignant les parties du corps sexuellement accessibles (lèvres, clitoris, vagin). Pourtant, de sexualité, il est en effet question dans cette consultation car comme l'affirmait le Dr E. « *en gynécologie tout est sexualité* ».

L'objectif de ce chapitre est de montrer dans un premier temps que si la sexualité est rarement abordée explicitement en raison des résistances propres à chacun des protagonistes, des configurations s'avèrent néanmoins plus propices à son expression. Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons à la médicalisation de la sexualité telle qu'elle est mise en œuvre dans cette consultation. L'analyse des pathologies exprimées puis des réponses qui y sont apportées

par les gynécologues révèle une mise en conformité du corps sexuel féminin non pas dans l'objectif d'accroître les plaisirs comme c'est le cas dans la médicalisation de la sexualité masculine mais pour permettre aux femmes de vivre mieux une sexualité essentiellement définie autour de la sexualité masculine. Cette mise en conformité qui passe par la médicalisation s'accompagne aussi d'un discours enjoignant les femmes à adopter une attitude compréhensive vis-à-vis du conjoint afin de tout mettre en œuvre pour préserver le couple. Le modèle conjugal se révèle, en effet, être le cadre le plus légitime de la sexualité féminine qui reste avant tout reproductive. En d'autres termes, la consultation gynécologique contribue à perpétuer des représentations, des normes et des pratiques qui participent à la reproduction des inégalités de genre en matière de sexualité.

8.1 Parler de sexualité

Parler de sexualité est devenu un impératif selon toutefois des modalités particulières. Comme le souligne M. Foucault « L'interdit de certains mots, la décence des expressions, toutes les censures du vocabulaire pourraient bien être que des dispositifs seconds par rapport à ce grand assujettissement : des manières de le rendre moralement acceptable et techniquement utile » (1976 :30). L'exigence morale de la décence s'exerce dans le cadre de la consultation, nous l'avons dit, puisque même les mots désignant les parties sexuelles du corps ne sont pas prononcés (chap. 6 : 193). Il apparaît aussi que gynécologues comme patientes ne sont pas disposés à parler de sexualité dans cette consultation.

8.1.1 Des résistances

Des gynécologues, comme le Dr B. (femme), considèrent que la consultation gynécologique est un lieu dans lequel les femmes peuvent parler de sexualité :

« Je pense que la consultation de gynéco est un endroit où on peut travailler la sexualité, il n'y a pas que là, il y a d'autres endroits mais je crois aussi qu'il y a beaucoup de femmes qui ont choisi des femmes parce qu'elles peuvent parler de ça. »

Pourtant, force est de constater que de sexualité on ne parle pas ou peu dans cette consultation, non pas que les femmes n'aient rien à en dire ainsi que le reconnaît le Dr Rossin-Amar (femme), mais que les gynécologues évitent le sujet :

« On pose bien peu de questions sur la sexualité de nos patientes, sur leur contraception, oui, mais pas sur leur sexualité alors que des questions elles en ont beaucoup. Il suffit d'aller voir les forums sur le web pour voir qu'elles ont de très, très nombreuses questions à poser »¹¹²

C'est que la consultation gynécologique n'est pas considérée tant par certains gynécologues (hommes et femmes) que par la plupart des femmes interrogées comme un espace légitime ou approprié pour parler de sexualité. En entretien, Catherine (38 ans) affirme que, selon elle, la sexualité ne relève pas du domaine de la gynécologie :

« Non, je ne parle pas de sexualité avec ma gynéco, c'est pas le lieu. La sexualité on peut en parler chez un psy ou un sexologue mais pas chez le gynéco. Enfin, pour moi c'est très clair. La gynécologie ça concerne l'organique, le fonctionnement du corps, les maladies féminines alors que la sexualité, c'est pas ça, c'est plus du côté psy »

Cet avis semble partagé par les médecins à considérer la multiplication des consultations spécifiquement dédiées à la sexualité soit en sexologie soit en gynécologie où des consultations spécifiques ont été ouvertes dans des structures hospitalières ou en PMI (Borten-Kravin, 2004). Ce qui caractérise ces consultations lorsqu'elles sont assurées par des gynécologues est l'absence d'examen gynécologique ainsi qu'en témoignait l'échange que nous avons eu avec une gynécologue dans le cadre d'un DU de PMI dont nous avons déjà rapporté la teneur (chap. 5 : 184). Nous avons montré que la majorité des femmes n'est pas à l'aise dans la consultation gynécologique. Une jeune femme brésilienne nous disait en entretien combien elle avait été choquée par le caractère glacial et technique des consultations gynécologiques françaises qui selon elle n'offre pas les conditions idéales pour parler de sexualité :

¹¹² Congrès international de gynécologie psychosomatique, Paris, juillet 2004.

« Ah, là, là, ça m'a choqué parce qu'au Brésil c'est pas du tout comme ça. Le gynécologue il te met à l'aise, on peut parler de tout. Tu vois, on discute de sexualité, c'est pas tabou et on le fait comme ça naturellement. Le cadre est différent aussi, c'est pas froid comme ici. Là, enfin ici en France je me vois pas parler de ça avec la gynécologue ! [rires] »

Que la consultation ne soit pas le lieu légitime pour parler de sexualité tient aussi pour partie au fait que les médecins ne sont pas tous, et dans leur grande majorité, disposés à recevoir ces paroles.

« La demande contraceptive a fait entrer la sexualité dans les cabinets médicaux. Elle en ressort parfois aussitôt, nombreux étant les collègues qui n'ont ni le goût ni le temps de s'y consacrer » (Borten-Krivin, 2004 : 183)

Une gynécologue¹¹³ reconnaissait ne pas pouvoir parler de sexualité dans ses consultations en ces termes :

« Ah, je suis contente d'être venue et d'apprendre d'après ce que vous nous dites que je ne suis pas la seule à ne pas parler de sexualité en consultation parce que j'avais l'impression d'être la seule à pas pouvoir. J'ai l'impression d'être un ovni parce que tout le monde a l'air de dire qu'il faut en parler et tous les collègues affirment en parler. Parce que c'est pas rien la sexualité, en tous cas pour moi, c'est pas rien et non, je ne peux pas en parler »

Si les gynécologues n'expriment pas toujours aussi explicitement cette indisposition, les remarques qu'ils formulent au sujet des femmes, soit disant si promptes à en parler, constituent une manière détournée et implicite d'affirmer leur indisposition comme le Dr J. (femme) qui considère que « c'est l'horreur » :

« Si elles ne parlent pas de sexualité, je ne leur en parle surtout pas parce que sinon elles en parlent longuement et pendant des heures et là, c'est l'horreur ».

¹¹³ Rencontre à Paris V dans le cadre d'un séminaire de formation aux sciences sociales destiné aux médecins et dans lequel nous intervenions.

Ne pas vouloir aborder la sexualité en consultation relève du manque de formation que d'aucuns avancent comme un argument majeur. Cela dépend également du parcours biographique du médecin et de son rapport personnel à la sexualité ou aux souffrances qu'elle recouvre parfois. Dans son ouvrage, le Dr Rouméas reconnaît être « *passée à côté de pans entiers de l'histoire des femmes* » (2006 : 102). A ce titre, elle évoque des excisions qu'elle n'a jamais remarquées, le viol subi par l'une de ses patientes qu'elle n'a pas pu entendre. Sans plus de précision, le Dr C. (femme) explique que son histoire personnelle l'empêche d'être à l'écoute de la sexualité de ses patientes.

« Je trouve ça un peu lourd quand même. La gynéco je trouve ça déjà assez lourd alors s'il fallait en plus qu'on se charge de la sexualité, c'est trop lourd. Alors après on peut s'interroger pourquoi moi je ne veux pas rentrer la dedans, parce que j'ai une raison personnelle et je tourne toujours autour et je me dis que ça me plairait mais je ne veux pas pour l'instant. Ça fait des années que je me dis que je ne veux pas. »

Si les gynécologues n'ont pas envie que leurs patientes leur parlent de sexualité, ils estiment aussi pour la plupart d'entre eux ne pas en avoir le temps. Interrogés sur ce sujet, nos interlocuteurs soulignent tous que les femmes peuvent en parler « *pendant des heures* ». Même si cette formule est emphatique à dessein pour souligner que les femmes peuvent en parler longuement, cela indique aussi que pour aborder la sexualité en consultation, il faut avoir du temps. Or accorder ce temps ne cadre pas avec l'organisation des plannings établie autour d'une durée de 15 minutes par consultation comme nous l'avons montré (chap.4 : 4.3). Il apparaît cependant que certaines configurations soient plus propices à ce que les gynécologues abordent eux-mêmes la sexualité ou que les femmes y fassent référence.

8.1.2 Des configurations plus propices

Au regard de nos matériaux d'enquête, le genre se révèle être une variable déterminante pour parler de sexualité, l'âge des patientes constitue également une source de légitimité pour l'aborder.

Le genre

Les femmes rencontrées sont unanimes, elles ne parlent pas de sexualité en consultation gynécologique à l'exception de certaines qui comme Evelyne (44 ans) précisent que les rares fois où elles en ont parlé, le gynécologue était un homme. Qu'il soit plus facile de parler de sexualité avec un homme s'inscrit très certainement dans le besoin de construire « un pont » entre les mondes masculin et féminin et plus précisément dans la recherche d'éléments de compréhension du sexe opposé et de conseils (Bidart, 1998) ainsi qu'en témoigne le récit d'Evelyne :

Evelyne et la sexualité

Evelyne explique qu'il n'est jamais question de sexualité avec une gynécologue femme alors qu'il en est autrement avec un homme :

« pour des petites choses très superficielles comme quand elle découvre une mycose elle peut demander si j'ai eu plus de rapports que d'habitude mais ça s'arrête là alors qu'avec un gynéco homme c'est complètement différent ».

Elle rapporte alors un épisode où le gynécologue homme lui avait demandé si en face à face elle avait mal pendant les rapports « *comme un sexe long qui cogne* ». Comme Evelyne lui avait répondu par l'affirmative, le médecin voulu savoir ce qu'elle faisait dans ces cas-là :

« je lui ai dit que je changeais de position alors il m'a expliqué que cette douleur est due à mon utérus rétroversé et que j'ai trouvé la solution en trouvant la position inversée. Finalement, il m'a expliqué mon corps et ce que je ressentais dans mon corps. C'était vraiment intéressant. [après un silence] C'est un peu spécial quand même ».

Puis Evelyne passe un long moment à m'expliquer qu'il n'y avait aucune ambiguïté avec ce médecin comme si elle réalisait d'un seul coup que, peut-être, ce n'était pas si normal que ça de parler de sexualité dans cette consultation et de surcroît avec un homme. Elle se perd alors dans des explications très confuses affirmant qu'une infirmière avait assisté à la consultation sur sa demande car elle ne voulait pas être examinée par un homme au départ.

L'exemple d'Evelyne rejoint les témoignages d'autres femmes ayant affirmé en entretien avoir constaté une plus grande aptitude des hommes à parler de sexualité, donnant des explications rationnelles, organiques et mécaniques à des sensations douloureuses ou gênantes. En consultation, nous avons pu constater que les rares fois où la sexualité a été abordée explicitement par les patientes, le gynécologue était également un homme. Si l'échange (ci-dessous) entre le Dr D. (homme) et l'une de ses patientes en est une illustration, il témoigne aussi de l'implicite et de l'euphémisation des propos :

Patiente : « *Depuis que j'ai accouché j'ai moins de sensation, moins de plaisir avec mon mec. Y a pas quelque chose à faire ?* »

Dr D. : « *Si partir aux Seychelles sans les gamins et pendant deux mois. C'est normal* »

Patiente : « *Je suis normale alors ?* »

Dr D. : « *Vous êtes tout à fait normale !* »

Nous l'avons souligné (chap. 4 : 123) alors même qu'un glissement de registre est a priori plus important lorsque le médecin est un homme, parler de sexualité avec une gynécologue femme représente le risque d'être jugée, évaluée par cette « Autre identique » qui selon certaines patientes adopte souvent un air de supériorité (chap. 4 : 123). Par ailleurs on peut émettre l'hypothèse que cette peur du jugement peut être renforcée par le contexte d'injonctions à l'épanouissement sexuel (Schiltz et Jaspard, 2003). En effet, comment dire et reconnaître ne pas être sexuellement épanouie lorsque magazines féminins et de santé rappellent inlassablement qu'une femme épanouie et en bonne santé est une femme active sexuellement, la norme véhiculée étant de trois rapports sexuels par semaine.

En outre, convoquer « l'Autre masculin » pour pouvoir aborder la sexualité s'est révélé être une stratégie largement mobilisée tant par les patientes que par les gynécologues. Plusieurs cas de figure ont été repérés. La pose récente d'un stérilet amenait fréquemment les femmes à souligner que leur conjoint s'était plaint d'une gêne occasionnée par la présence du fil de l'implant dans leur vagin :

Patiente : « *C'est génial [le stérilet], je ne sens rien, je suis super contente sauf que mon mari, il râle un peu sur le coup des fils* »

Dr D. : « *bon, on va les couper, c'est pour ça que je vous avais demandé de revenir* ».

[à l'examen gynécologique]

Dr D. : « *écoutez, je ne sais pas ce qu'il a fait votre mari parce que je ne vois plus le fil !* »

Patiente : « *il s'en est débarrassé !* »

Si cela témoigne d'un fantasme masculin, les fils étant coupés suffisamment courts pour qu'ils ne puissent pas être gênants, les gynécologues affirmant très souvent comme le Dr D. (homme) qu'ils ne les retrouvent pas, les médecins ne remettent pas en cause ce fantasme puisqu'ils justifient le contrôle du stérilet (un mois après la pose) par cet argument. Si nous reviendrons sur la portée d'un tel discours sur la définition de la sexualité féminine, il importait de mentionner ici cette manière d'évoquer la sexualité à travers la parole masculine. L'interruption momentanée d'une contraception hormonale imposée par le traitement d'une pathologie gynécologique conduit systématiquement les gynécologues à demander à leurs patientes si le conjoint peut le temps du traitement utiliser le préservatif masculin. Si des femmes laissent entendre que c'est possible, d'autres en revanche affirment que le conjoint « n'aime pas ça ». Si cela témoigne de la difficulté pour les femmes d'imposer le port du préservatif (Mossuz-Lavau, 2003), on peut aussi se demander dans quelle mesure le fait de mettre en avant l'aversion du conjoint pour le préservatif n'est pas pour les femmes une manière de ne pas avoir à avouer qu'elles-mêmes n'y tiennent pas et donc de ne pas avoir à se prononcer elles-mêmes sur la question.

Avec des patientes plus âgées (au-delà de 50 ans), les gynécologues avaient pour habitude de questionner leur sexualité en interrogeant « l'état de marche » de leur conjoint à l'instar du Dr H. : « *et votre mari, il est en bon état de marche, tout fonctionne ?* ». Pourtant, les gynécologues affirment qu'il est plus facile de parler de sexualité avec les femmes plus âgées.

L'âge des patientes

L'âge des patientes se révèle être, dans le discours tenu par les gynécologues, une variable déterminante quant à leur capacité mais aussi à celles des femmes à aborder la sexualité dans la consultation. Deux catégories d'âge ont été repérées : les jeunes filles et les femmes ménopausées. Qu'il soit plus facile d'aborder la sexualité aux deux pôles de la vie physiologique féminine tend à construire la sexualité de la jeunesse et celle de la vieillesse comme problématique. Ce qui les caractérise plus particulièrement est que cette sexualité n'est pas encore ou n'est plus reproductive alors qu'elle l'est *a priori* « entre temps ». Ne pas questionner la sexualité pendant cette période conduit à construire la sexualité reproductive comme la sexualité féminine légitime : il n'y a pas besoin d'en parler. Toutefois, même si elle

est plus légitime, ce n'est pas pour autant qu'elle ne fait pas l'objet d'un traitement spécifique, nous y reviendrons. Voyons tout d'abord de quelle manière les gynécologues abordent le sujet avec les jeunes filles puis avec les femmes ménopausées.

Les jeunes filles

Les jeunes filles constituent une catégorie de patientes avec laquelle les gynécologues rencontrés considèrent qu'il est important d'aborder la sexualité. A travers les propos du Dr A. (femme) on comprend que cette position repose essentiellement sur le rôle d'éducation que les médecins entendent jouer auprès de leurs jeunes patientes. Ils affirment comme le Dr A. qu'il est très important de les « recadrer » et de leur donner « des normes ». Très souvent ils font référence aux repères médiatiques qu'il convient, selon eux, de relativiser voire de dénoncer. Voyons comment l'explique le Dr A. :

« La jeunesse, l'expression de la sexualité, c'est nous qui allons à la pêche, ça c'est clair. Moi je le fais systématiquement. Ça me paraît essentiel. C'est pour éventuellement détecter une problématique qui pourrait éventuellement être dénouée et solutionnée assez tôt. Parce que souvent elles ont des repères médiatiques qui sont hors normes, elles sont parasitées par ça. Donc il faut toujours expliquer que les repères normatifs, le cinéma, les vedettes dans les feuillets ou je ne sais pas quoi ou la vitrine de leur vie privée, c'est juste une vitrine, c'est juste pour faire de l'argent et c'est juste une société de consommation et donc leur redonner des repères nouveaux et conformes à la réalité quoi et pas du tout dans l'imaginaire et même s'il faut créer l'imaginaire, ça c'est clair, mais ne pas les faire fantasmer en fait. C'est pour moi très important. »

Nous avons pu constater, qu'en effet, ils questionnaient d'eux-mêmes la sexualité des jeunes filles qu'ils recevaient en consultation. Au titre de ce questionnement, la prévention occupe une place importante. Si l'accent est mis sur la prévention des risques de grossesse en encourageant les jeunes filles à prendre une contraception orale (la pilule) renforçant par là-même l'idée, largement intégrée (Bajos, Bozon, 2008), selon laquelle la contraception relève de la responsabilité féminine, la prévention des IST s'accompagne de recommandations répétées sur l'importance d'utiliser le préservatif masculin. La double protection pilule/préservatif caractérise de fait le discours préventif délivré aux jeunes patientes dans le cadre de la consultation. Les gynécologues rappellent à leurs jeunes patientes que si la

contraception les protège d'un risque de grossesse, elle n'a aucune efficacité contre les IST. Le Dr A. avait pour habitude de terminer ses consultations avec les jeunes filles par ce mot d'ordre « protégez-vous ! ». La crainte d'avoir contracté une infection amène d'ailleurs très souvent les jeunes filles en consultation de PMI, nous l'avons souligné. Si cette crainte est liée au fait qu'elles n'avaient pas pour certaines eu recours au préservatif, elle résulte majoritairement d'accidents intervenus dans la manipulation du préservatif, plus nombreux en début de vie sexuelle (Bajos, Beltzer, 2008). Nombreuses sont les jeunes à raconter comme Louise, dont nous avons rapporté l'histoire de sa première fois (chap. 6 : 207-208) que « le préservatif a craqué ». Alors que les femmes peuvent avoir du mal à imposer le préservatif, même si cette difficulté tend à se réduire (Bajos, Beltzer, *op.cit.*), jamais les gynécologues n'ont conseillé à leurs patientes d'utiliser le préservatif féminin. Si cela est en partie lié au fait qu'il a un coût supérieur au préservatif masculin et qu'il est jugé « *inesthétique* » ou « *inconfortable* » par les gynécologues hommes et femmes, cela contribue à construire des modes contraceptifs sexuellement différenciés.

Expériences douloureuses ou violences sexuelles peuvent introduire la sexualité dans la consultation. On se souvient de l'échange entre le Dr A. et Louise (15 ans) à propos de sa première expérience sexuelle désastreuse. Le Dr H. (femme) nous informe avant l'entrée d'une patiente âgée de 27 ans que cette dernière avait été victime d'un viol six ans plus tôt et qu'elle l'avait aidé à entreprendre des démarches pour porter plainte. Avec cette patiente, la sexualité fait l'objet d'un suivi particulier. Ce jour là, la gynécologue, toute heureuse d'apprendre que la jeune femme voulait avoir un enfant, s'est inquiétée de la qualité de la relation avec son compagnon. Si cet exemple n'est pas représentatif de la majorité des consultations, le questionnement sur la qualité de la relation avec le partenaire est en revanche récurrent dans le cadre des consultations avec des jeunes filles, contribuant à renforcer l'éducation des jeunes filles dans une approche sentimentale et relationnelle de l'entrée en sexualité (Bajos, Bozon, 2008). Les gynécologues insistent beaucoup sur l'importance non seulement de se sentir respectée et en confiance avec le partenaire sexuel mais aussi de nourrir des sentiments à son encontre.

Patiente (17 ans) : « *Je viens vous voir parce que je voudrais prendre la pilule* »

Dr G. : [après l'interrogatoire sur état de santé] « *Et votre ami, vous le connaissez bien ?* »

Patiente : « *Oui, ça fait un moment qu'on est ensemble* »

Dr G. : « *Vous vous sentez prête, vous ne vous sentez pas obligée ?* »

Patiente : « *Oui, oui, tout à fait prête* »

Dr G. : « *Vous avez des sentiments forts l'un pour l'autre ?* »

Patiente : « *Oui* »

Dr G. « *Bien, c'est important* »

La virginité représente un autre aspect de la sexualité trouvant une expression dans la consultation gynécologique. Si la virginité est devenue en France, depuis les mouvements de libération sexuelle des années soixante, une affaire intime et non plus celle du groupe social (Guyard, 2006), elle reste encore dans certaines cultures notamment méditerranéennes et musulmanes le bien le plus précieux de la jeune fille (Lacoste-Dujardin, 1996), une valeur de preuve lui étant conférée. Dans ces cadres culturels, même si les modalités de contrôle de la sexualité féminine sont plus ou moins rigoureuses en fonction des trajectoires migratoires (Hamel, 2002), la reconstitution d'hymen représente une alternative dont se saisissent plus particulièrement les mères. Les réfections d'hymen qui font la fortune de certains médecins algérois (Lacoste-Dujardin, *op. cit.*) font en France, au même titre que les demandes de certificats de virginité, l'objet d'une polémique silencieuse au sein de la profession de gynécologue (Guyard, *op. cit.*). Si nous n'avons pas été témoin de telles demandes, nous avons assisté à la visite d'une mère accompagnée de sa fille, venues toutes deux remercier le Dr F. d'avoir reconstitué l'hymen de la jeune fille. Au cours de nos échanges avec les gynécologues, le sujet fut évoqué par les Dr B. et J., toutes deux affirmant qu'elles refusaient de répondre favorablement aux demandes de certificat qu'on leur adressait « assez régulièrement ». Accepter serait, selon elles, « faire le jeu » d'une domination masculine qu'elles se refusent de cautionner. Les attitudes sont néanmoins contrastées comme nous avons pu le constater dans le cadre d'un congrès de gynécologie au cours d'une session consacrée à la virginité¹¹⁴. Alors que les communications avaient circonscrit le sujet dans une approche historique, nous avons voulu savoir si la virginité faisait l'objet, dans leurs consultations, de questions ou de demandes particulières de la part de leurs patientes. Si un grand silence a tout d'abord suivi notre question, laissant entendre que nous avions en quelque

¹¹⁴ Congrès international de gynécologie psychosomatique, Paris, 2004.

sorte transgressé une règle implicite qui est de taire ce sujet, les réactions n'ont pas tardé à se multiplier. Après avoir contesté le sentiment d'être implicitement accusés d'avoir des pratiques contraires à l'éthique, les gynécologues présents dans la salle ont affiché des désaccords quant à l'attitude à adopter face à de telles demandes. Certains affirmant que répondre favorablement à ces demandes étaient une manière de venir en aide à ces jeunes filles et parmi eux un gynécologue reconnaissant pratiquer des interventions pour permettre aux jeunes femmes de saigner lors de leur nuit de noce.

« Il ne s'agit pas de reconstituer un hymen mais de permettre à la jeune femme de saigner. Il suffit de coudre deux fils croisés sur les parois hyménales qui lorsqu'ils seront forcés lors du coït arracheront les tissus des parois et il y aura un saignement qui simulera le sang de la défloration. Mais, oui, Madame, je fais de telles interventions car il est de mon devoir de ne pas laisser certaines patientes dans les angoisses que génèrent ces histoires de virginité ! »

D'autres gynécologues, à l'instar des Dr B. et J. mentionnés plus haut, contestèrent vivement de telles pratiques contribuant selon eux à cautionner la domination masculine.

Les femmes plus âgées

Les femmes plus âgées (à partir de 50 ans) constituent une deuxième catégorie de patientes avec lesquelles la sexualité est, aux dires des gynécologues, plus facilement abordable. Le Dr A. (femme) s'en explique en ces termes :

« La libéralisation de la parole est à partir de 50 ans où là elles vont pouvoir émettre de vraies données par rapport à leur vie sexuelle. « C'était pas si terrible » ou alors « c'était très bien » ou encore « moi j'ai jamais été vraiment libidinique ». A partir d'un certain âge, la parole se libère, elles mettent des mots par rapport à un vécu mais il faut avoir une certaine expérience. La jeunesse, l'expression de la sexualité, c'est nous qui allons à la pêche, ça c'est clair. »

Pourtant, les consultations dans lesquelles la sexualité a été abordée explicitement d'une part ont été rares et d'autre part se sont caractérisées par le recours à l'autre masculin pour en parler comme nous l'avons déjà souligné. Par ailleurs, il apparaît que pour certains gynécologues la sexualité féminine n'est plus très active à partir d'un certain âge parfois

encore jeune comme en témoigne l'échange entre le Dr I. (femme) et une patiente âgée de 48 ans :

Dr I. : « *Vous avez quel âge ?* »

Patiente : « *48 ans* »

Dr I. : « *Oui, vous avez des rapports sexuels réguliers qui justifient cette contraception [la pilule] ?* »

Patiente : « *Ben, [hésitante], oui, alors je préfère* »

Dr I. : « *hum, on pourrait quand même envisager une contraception vaginale, vous êtes d'accord avec moi ?* »

Patiente : « *Ben...* »

Dr I. : « *vous n'avez jamais essayé ? Allez en pharmacie, il existe des crèmes, des ovules, essayez et vous verrez* »

C'est donc implicitement que la sexualité est appréhendée et notamment à travers les enjeux de la séduction. Vieillesse et séduction apparaissent antinomiques dans les propos des femmes, la question récurrente étant « *comment rester séduisante* », ce qui, en d'autres termes, signifie « *comment susciter du désir* ». Une seule d'entre elles reconnaissait que vieillir n'avait rien à voir avec la séduction :

Patiente : « *C'est plutôt toutes ces petites choses au quotidien qui deviennent plus difficiles* »

Dr D. : « *Oui, les marches sont d'un seul coup plus hautes !* »

Patiente : « *Oui, c'est exactement ça !* »

En réponse à ces plaintes, les vertus du THS sont mises en avant par les gynécologues : élasticité de la peau, ralentissement de la formation des rides, tonus etc. Attribuées au vieillissement et plus précisément à la carence hormonale qui caractérise la ménopause, les sécheresses vaginales constituent une plainte régulièrement exprimées par les patientes. Là encore, le THS est indiqué comme le remède approprié s'accompagnant parfois d'un traitement local. Toutefois, les sécheresses vaginales ne représentent pas une pathologie spécifique de la ménopause, de telles plaintes pouvant émaner de femmes plus jeunes. Douleurs, sécheresse vaginale appartiennent au groupe des pathologies à travers lesquelles la sexualité est majoritairement appréhendée dans le cadre de cette consultation, à la ménopause mais aussi au cours de la vie reproductive que nous avons appelé « *entre temps* ».

8.2 Normalisation de la sexualité féminine

La manière dont la sexualité est majoritairement abordée dans la consultation gynécologique ne déroge pas de ce que M. Foucault a démontré : « alors que dans l'art érotique, ce qui est médicalisé, c'est plutôt les moyens (pharmaceutiques ou somatiques) qui servent à intensifier le plaisir, on a, en Occident, une médicalisation de la sexualité elle-même comme si elle était une zone de fragilité pathologique particulière de l'existence humaine » (1977, 2001 : 235). Les intitulés des chapitres consacrés à la sexualité féminine, dans les traités de gynécologie ou dans les rares récits de pratiques qui abordent le sujet, sont révélateurs de ce processus : « La sexualité féminine et ses pathologies », « les pathologies de la sexualité féminines » ou encore « Les dysfonctionnements sexuels féminins » (Lachowsky, 2007). Néanmoins, que les gynécologues s'intéressent aux pathologies et qu'ils cherchent à les soigner, est conforme à leur rôle de médecin. Toutefois, l'analyse, d'une part des pathologies exprimées par les patientes et d'autre part des réponses qui y sont apportées par les gynécologues, permet de révéler les représentations et les enjeux sur lesquels est construite la sexualité féminine dans cette consultation : sexualité pénétrative vaginale circonscrite dans le cadre conjugal.

8.2.1 Une sexualité pénétrative vaginale

A travers l'analyse des plaintes exprimées et des réponses qui y sont apportées, il apparaît que tout est mis en œuvre pour permettre aux femmes de vivre mieux une sexualité vaginale et pénétrative. Au titre des plaintes exprimées, les sécheresses et les douleurs vaginales à la pénétration sont largement prépondérantes. Ces douleurs sont appelées « dyspareunies » dans le jargon médical et regroupent toutes les douleurs liées aux rapports sexuels et qui concernent plus généralement celles ressenties à la pénétration vaginale. L'origine de ces « dyspareunies » peut être liée à des malformations (plusieurs cloisons vaginales, malformation de l'hymen) ou à des pathologies superficielles (problèmes dermatologiques, infections) ou profondes (rétroversion utérine fixée, endométriose, infections des trompes, kystes ovariens etc.). Après un accouchement, une épisiotomie peut occasionner également des douleurs. « *Des brûlures peuvent être à l'origine des douleurs souvent provoquées par un excès de « propreté » que les produits dits d'hygiène intime ne font qu'accentuer* » (Borten-

Krivin, 2004 : 187-190). Lorsque l'examen gynécologique permet d'écarter ces différentes causes, les difficultés relationnelles et psychologiques doivent être envisagées ainsi que le recommandent les traités de gynécologie ou les récits de pratique :

« Là les difficultés commencent. L'essentiel est de saisir qu'une douleur liée aux relations sexuelles est une douleur relationnelle et qu'il est nécessaire d'aborder la relation de couple et de faire émerger les éventuels conflits. [...] Il ne faut pas négliger que pour une femme, il est plus facile de souffrir, de formuler leur plainte, que de remettre en cause le compagnon de vie »
(Borten-Krivin, 2004 : 192-193)

Si faire parler la patiente s'avère être une recommandation partagée par l'ensemble des gynécologues, il apparaît qu'il en est autrement dans la pratique.

Le recours hormonal est la réponse apportée pour traiter ces problèmes, avec les pilules contraceptives ou les THS à la ménopause et qui peuvent être, dans les deux cas, accompagnées de traitements locaux. Généralement ces douleurs sont imputées à la pilule alors même que les gynécologues reconnaissent en coulisse que le problème se situe ailleurs comme en témoigne cet extrait d'interaction entre une gynécologue et une patiente de 33 ans :

Patiente : *« j'ai des douleurs pendant les rapports [sous-entendus sexuels] depuis le mois de décembre et a priori je n'ai pas de mycose »*

Dr G. : *« Vous prenez la pilule ? »*

Patiente : *« Oui, Cycléane 20 »*

Dr G. : *« Depuis longtemps ? »*

Patiente : *« Non justement, je ne sais pas si c'est lié mais je la prends depuis le mois de décembre [...] J'arrive mal à définir, si c'est de la sécheresse vaginale »*

[pendant l'examen gynécologique]

Dr G. : *« Est-ce que c'est là que vous avez mal ? »*

Patiente : *« Oui »*

Dr G. : *« oui, c'est toujours là derrière »*

[de retour au bureau]

Dr G. : *« bon, je vous donne un traitement local, c'est un gel lubrifiant et je vous change votre pilule. Je vous en donne une qui a un dosage en œstrogène plus fort, ça permet une meilleure imprégnation du vagin. Et on se revoit dans trois mois »*

Lorsque la patiente est sortie du cabinet, la gynécologue me dit que ce genre de plainte est « *très classique* » et qu'elle est généralement due à un problème psychologique ou relationnel mais que le simple changement de pilule permet souvent « *d'évacuer le problème* » et du même coup de ne pas avoir à en parler dans la consultation.

La présence de pathologies gynécologiques imposant l'interruption de la contraception hormonale conduit les gynécologues hommes et femmes à conseiller l'abstinence ou lorsque cela est possible le préservatif masculin, témoignant d'une catégorisation sexuellement différenciée des méthodes contraceptives, le préservatif féminin n'étant jamais conseillé. Si l'absence de plaisir est exprimée, les pratiques sexuelles ne sont pas remises en cause et jamais le clitoris n'est évoqué comme source de plaisir alors même qu'il est présenté comme tel dans les ouvrages consacrés à la gynécologie.

« Contrairement au clitoris qui ne sert qu'au plaisir et qui est si riche en terminaisons sensibles, le vagin est un canal dont seul le tiers inférieur est aussi innervé que la vulve : rappelons rapidement que, dès qu'il a franchi les quelques premiers centimètres du vagin, un tampon périodique n'est plus ressenti » (Borten-Krivin, 2004 : 213)

Que le clitoris ne soit jamais considéré et que la sexualité soit envisagée uniquement comme étant vaginale témoigne de l'influence des théories freudiennes en gynécologie comme le souligne le Dr Lachowsky : « Les théories de la gynécologie psychosomatique sont directement issues des postulats freudiens » (2007 : IX). La jouissance vaginale a en effet été inventée par Freud (Laqueur, 1992) qui expliquait le passage de l'état de jeune fille à celui de femme par un changement d'orientation de la sexualité clitoridienne vers une sexualité vaginale :

« La puberté [...] se caractérise chez la fille par une nouvelle vague de refoulement qui affecte précisément la sexualité clitoridienne. [...] Lorsque la stimulabilité érogène a été transférée avec succès du clitoris à l'orifice vaginal, la femme a changé sa zone directrice contre celle qui régit son activité sexuelle ultérieure [...] Dans cet échange de zones érogènes directrices [...] résident les conditions principales de la disposition de la femme aux névroses, en particulier à l'hystérie. » (Freud, 1987 : 163-164)

Dans la consultation gynécologique tout est de fait mis en œuvre pour que la femme puisse avoir une sexualité vaginale d'autant que comme le précise le Dr Borten-Kravin « *Elle [la femme] est porteuse d'un creux pour le [l'homme] recevoir* » (2004 : 197).

« L'invention de la jouissance vaginale dans le discours freudien signale l'exigence théorique de construire le vagin comme organe sexuel strictement féminin, d'une part, dans le sens de la différence sexuelle, et, d'autre part, elle révèle l'impératif de concevoir la femme comme mère » (Birman, 2003 : 63). Si l'incompatibilité du rôle de mère avec celui d'épouse est souvent soulignée comme en témoigne l'extrait d'interaction entre le Dr D. (homme) et l'une de ses patientes dans lequel celui-ci suggérerait un voyage aux Seychelles la renvoyant implicitement à son indisponibilité supposée (p278), la consultation gynécologique se révèle aussi être le lieu d'une mise en conformité de la sexualité féminine en rappelant que c'est une sexualité conjugale et reproductive.

8.2.2 Une sexualité féminine reproductive et conjugale

Dans cette consultation, la sexualité féminine est construite autour de trois grandes temporalités : la période reproductive, la jeunesse et la vieillesse. La période reproductive, dont l'âge limite peut varier d'un médecin à l'autre, se caractérise par une absence de parole sur la sexualité à l'exception toutefois de rappels à l'ordre sur sa fonction reproductive par des injonctions à faire des bébés : « *bon, vous pouvez en faire un ce soir* » (Dr M., homme), « *Ah cocotte, vous êtes en train d'ovuler, c'est le moment idéal pour faire un petit* » (Dr H ; femme). En revanche, par leur questionnement plus systématique sur la sexualité aux deux pôles de la vie, les gynécologues contribuent à construire la sexualité de la jeunesse et de la vieillesse féminine comme particulièrement problématique. A l'analyse des discours alors tenus se révèlent les normes de la sexualité féminine dont le cadre d'exercice légitime est avant tout conjugal. Les femmes semblent d'ailleurs l'avoir parfaitement compris puisque certaines d'entre elles, reconnaissent, souvent avec difficulté, avoir interrompu leur suivi pour avoir eu des expériences sexuelles soit multiples soit en dehors du cadre conjugal. Elles reviennent lorsqu'elles sont soit à nouveau installées en couple soit lorsqu'elles n'ont plus de partenaire sexuel à l'instar d'une patiente (37 ans) du Dr J. (femme) :

Dr J. : « Vous êtes toujours sous Lutéran ? »

Patiente : « Non, en fait je prends Mercilon à cause du cholestérol »

Dr J. : « Non, non, Mercilon c'est pire que Lutéran pour le cholestérol. Qui vous a donné du Mercilon ? »

Patiente : « Ben, un médecin généraliste »

Dr J. : « Ah bon, et depuis combien de temps vous prenez Mercilon ? »

Patiente : « Ben, en fait, depuis que je suis allée en Espagne cet été »

Dr J. : « Ah bon, mais vous avez un nouvel amoureux ? »

Patiente : « En fait, non [silence] mais je suis allée chez mes parents en Espagne et j'ai rencontré un copain espagnol et [hésitation] j'ai eu des rapports avec lui »

Dr J. : « C'est quelqu'un que vous connaissez bien ? »

Patiente : « Non, pas vraiment. [silence] Je ne pense pas que je peux lui faire confiance et [hésitations] j'ai des démangeaisons »

Dr J. : « Ah, bon, on va regarder ça » [invitant ainsi implicitement la patiente à se déshabiller pour l'examen gynécologique]

[Pendant l'examen gynécologique]

Dr J. : « Pour moi, vous avez une mycose externe et un vagin sain mais je fais des prélèvements cervicaux que vous allez porter directement au labo d'analyse en sortant d'ici parce qu'il faut faire vite et si vous voulez une pilule je peux vous donner Microval ou Cézarette »

Patiente : « Non, non, je n'en ai plus besoin »

Par ailleurs, les femmes sont régulièrement enjointes à faire des efforts pour préserver leur couple bien souvent remis en cause par un désintérêt du conjoint pour la sexualité conjugale ou par une infidélité du conjoint. Les gynécologues femmes rappelant à leurs patientes que les hommes traversent des crises « ils ont aussi du mal à accepter qu'ils vieillissent » ou « ils s'endorment un peu et n'ont pas conscience que le couple demande un travail ». Même si elles condamnent l'attitude des hommes, elles enjoignent les femmes à être compréhensives d'une part et à faire des efforts d'autre part. A l'une de ses patientes qui se plaignait de la distance qui s'instaurait entre elle et son mari, le Dr B. (femme) la conseilla en ces termes :

Dr B. : *« C'est comme ça, je crois qu'il faut que vous acceptiez le fait que c'est à vous de faire des efforts, d'être vigilante parce que lui, il est investi dans le travail, il ne fera pas ses efforts là »*

Au titre des efforts à faire, l'entretien du corps dans ses dimensions esthétiques avec des rappels à l'ordre sur le poids, la tonicité musculaire ou les soins comme l'épilation, nous en avons déjà parlé. Un gynécologue conseillait à l'une de ses patientes de changer de garde-robe et d'acquiescer des dessous affriolants. Si susciter ou provoquer le désir masculin dans la sphère intime du cadre conjugal apparaît tout à fait légitime voire même du devoir des femmes, il ressort du discours tenu auprès des jeunes patientes que les gynécologues rappellent dans le cadre de leur consultation les normes de la modération contraignant les pratiques vestimentaires féminines afin de ne pas susciter le désir masculin dans l'espace public.

Les comportements vestimentaires des jeunes filles semblent faire l'objet d'une attention marquée de la part de certains gynécologues pouvant entraîner des remarques ou des conseils pour leur rappeler les normes de la modération. Si nous n'avons pas été témoin de tels commentaires dans le cadre de nos observations, les gynécologues ont parfois évoqué le sujet entre les consultations après le départ d'une jeune patiente sur laquelle ils portaient un jugement comme le Dr H. (femme) : *« Vous avez vu comment elle était habillée celle-là, elles ne se rendent pas compte ou quoi ! »*. Dans le cadre d'un congrès de gynécologie¹¹⁵, les comportements vestimentaires des jeunes filles ont fait l'objet d'un vif débat au cours d'une session sur la sexualité des jeunes. Un gynécologue homme est intervenu pour souligner la tendance des jeunes filles à dénuder leur corps dans l'espace public en ayant le « ventre à l'air », des « décolletés prononcés » et des « strings apparents ».

« Je ne voudrais pas dire mais en s'habillant de cette façon, les adolescentes se proposent sexuellement. Ce n'est donc pas étonnant qu'elles rencontrent des ennuis. Moi, en tant que gynécologue, je considère que je me dois de leur dire de faire attention à ce qu'elles font »

Les réactions dans la salle ont pour la plupart corroboré les propos de ce gynécologue. Hommes et femmes gynécologues affirmant devoir rappeler les risques encourus par une exhibition du corps féminin dans l'espace public. Une seule voix s'est élevée contre, celle du Dr Jacquemin qui, avec colère, a rappelé qu'il serait peut-être bien d'éduquer les garçons :

¹¹⁵ Congrès international de gynécologie psychosomatique, Paris, juillet 2004.

« Que l'on respecte ces petites « lolitas ». Elles ont le droit de s'habiller comme elles veulent. A nous et plus particulièrement aux hommes de les respecter »

La séance fut close par l'intervention d'une gynécologue rappelant que *« les médecins sont des êtres humains »* et que de ce fait *« la neutralité n'existe pas. La relation [médecin/patiente] se construit avec ce que nous sommes et avec nos valeurs »*. Pendant la pause les discussions se sont poursuivies, témoignant des désaccords sur le sujet entre les professionnels.

Même si les gynécologues s'accordent pour dire que les femmes ne semblent pas dans leur ensemble avoir une sexualité épanouie parce que les conjoints ne sont pas « à la hauteur », il apparaît qu'ils participent dans leurs pratiques à perpétuer voire à renforcer une sexualité féminine au service de la sexualité masculine et dans bien des cas parce que parler de sexualité ne va pas de soi y compris dans cet espace.

En partant de l'analyse des motifs de consultation, nous avons montré que les femmes ont parfaitement intégré la nécessité de consulter en gynécologie alors même qu'elles n'ont pas de problèmes particuliers à exprimer. Très souvent, l'interrogatoire mené par le médecin participe à la construction de problèmes à traiter auxquels les femmes ne portent pas d'attention pour ne pas en ressentir de gêne particulière. L'inscription dans un suivi gynécologique régulier est non seulement acceptée mais il fait également l'objet d'une transmission intergénérationnelle de mère à fille mais aussi de fille à mère. En croisant les données issues de l'observation avec celles recueillies dans le cadre des entretiens, nous avons pu repérer les éléments qui d'une part permettent aux gynécologues de s'ériger en détenteurs du Savoir légitimant leur pouvoir et d'autre part conduisent les femmes à adhérer au traitement médical de leur corps. Tout d'abord, nous avons vu que la proximité des savoirs, profane et scientifique, offre la possibilité d'un échange compréhensible des deux côtés, l'un et l'autre ne présentant pas de caractère d'étrangeté ou d'extériorité aux protagonistes de l'interaction. En outre, la mise à distance du savoir scientifique et le caractère flou des connaissances retenues par les femmes sur le corps et son fonctionnement renforcent la position dominante du gynécologue. Ensuite, nous avons montré que la consultation constitue un point de rencontre entre les intérêts des professionnels et ceux des femmes. En effet, si les femmes sont pour la plupart dans la demande de moyens leur permettant de ne pas être gênées par les contraintes physiologiques féminines, les gynécologues, en offrant ces moyens, au titre desquels les traitements hormonaux sont prépondérants, s'assurent une clientèle non seulement dépendante de la prescription médicale mais aussi silencieuse et homogène. Le choix des contraceptifs s'opère majoritairement en fonction de ces intérêts et non pas en fonction des pratiques sexuelles de leurs utilisatrices d'autant que parler de sexualité ne va pas de soi dans cette consultation. En effet, si des conditions s'avèrent plus propices à l'expression d'une parole sur la sexualité, il apparaît que les femmes comme les gynécologues ne sont pas disposés dans leur grande majorité à aborder la sexualité dans cette consultation. C'est donc à travers l'analyse des réponses apportées aux quelques plaintes exprimées que nous avons pu relever les cadres dans lesquels la sexualité féminine est circonscrite dans cette consultation, à savoir une sexualité reproductive et conjugale. Même si les gynécologues reconnaissent que les femmes ne sont pas épanouies sexuellement et qu'ils condamnent

régulièrement l'attitude des conjoints masculins, ils contribuent dans leurs pratiques à perpétuer des inégalités de genre en matière de sexualité.

Conclusion générale

Entreprendre l'étude de la consultation de gynécologie médicale consistait à éclairer une zone d'ombre dans les recherches sur la médicalisation du corps de la femme. Cette consultation représente en effet une des principales instances au service de cette médicalisation depuis la légalisation de la contraception sur ordonnance médicale et le traitement de la ménopause comme pathologie, contraception et ménopause constituant avec la prévention le cœur de l'activité de cette spécialité médicale. Le choix de circonscrire notre travail à l'analyse de l'interaction entre la patiente et le ou la gynécologue en excluant les pathologies graves et la grossesse s'inscrivait dans la volonté d'être au plus près de l'activité principale de cette spécialité. Cette démarche a été opératoire puisqu'elle a permis non seulement de cerner avec plus de précision les caractéristiques de la médicalisation du corps de la femme mais aussi de dévoiler les mécanismes sur lesquels repose sa mise en œuvre et qui conduisent à ce qu'elle s'inscrive durablement dans le corps des femmes.

Les caractéristiques de la médicalisation

La consultation de gynécologie médicale consiste avant tout en une mise en conformité du corps biologique qui passe principalement par le recours à des traitements hormonaux (contraceptifs ou de substitution à la ménopause) et qui vise à préserver ou à restaurer l'ordre du corps. Cet ordre se caractérise par une régularité des cycles menstruels et le silence des fonctions reproductives. Les contraceptifs hormonaux dont la fonction première est de permettre aux femmes de ne pas avoir d'enfant, présentent la particularité d'établir cet ordre en instaurant des cycles réguliers, en maîtrisant les flux et en supprimant les douleurs. A la ménopause cet ordre du corps est maintenu par les traitements substitutifs qui instaurent des saignements réguliers s'apparentant à des règles, peu abondantes et non douloureuses. Cette mise en conformité conduit à une uniformisation des corps féminins de la puberté à la ménopause et instaure une dépendance des femmes vis-à-vis de la consultation pour la

prescription médicale de ces traitements. Les femmes s'inscrivent de ce fait dans un suivi régulier.

Lorsque les traitements hormonaux ne sont pas mobilisables pour rétablir l'ordre du corps, comme c'est le cas notamment à la quarantaine, les gynécologues attribuent dans leur majorité les manifestations du désordre à la psychosomatisation. Ils adoptent alors un discours psychologisant enjoignant souvent les femmes à entreprendre une psychanalyse.

La consultation de gynécologie médicale contribue également à mettre en conformité le corps sexuel des femmes à travers des traitements et des conseils. L'objectif poursuivi est d'amener les femmes à vivre mieux une sexualité hétérosexuelle, vaginale et pénétrative afin de répondre favorablement au désir et au plaisir masculin dans le cadre conjugal d'une part, et de permettre à la sexualité féminine d'être reproductive d'autre part.

Enfin, la consultation gynécologique participe à une mise en conformité du corps féminin dans ses dimensions esthétiques. Le poids, la tonicité musculaire ou encore les soins du corps font l'objet d'une attention marquée surtout de la part des gynécologues femmes. Les traitements hormonaux sont mis en avant notamment pour réduire les effets du vieillissement de la peau et pour traiter les problèmes d'acné à l'adolescence. Le discours médical contribue ainsi à perpétuer et à renforcer les normes esthétiques contraignant le corps des femmes.

Loin d'être remise en cause par les femmes inscrites dans un suivi régulier, cette médicalisation fait l'objet d'une transmission intergénérationnelle de mère à fille mais aussi de fille à mère témoignant de l'efficacité des mécanismes à l'œuvre dans la consultation.

Les mécanismes à l'œuvre

Une des caractéristiques de cette consultation est de traiter des parties intimes du corps qui sont mises à nu et explorées. Si le cadre médical légitime cette mise à nu et cette exploration, il n'en permet pas pour autant une parfaite aisance des protagonistes quels que soient le sexe du gynécologue ou le lieu de consultation. Le risque de glisser du registre médical au registre sexuel est omniprésent et contraint les acteurs de la scène à adopter des attitudes corporelles et langagières ayant pour objectif de limiter ce risque mais aussi de neutraliser la dimension intime induite par la proximité des corps et les actes pratiqués sur et dans le corps. La gêne et

l'appréhension atteignent des degrés variables selon les patientes et peuvent être accentuées par les caractéristiques du cadre spatio-temporel ainsi que par les modalités affectant la prise de rendez-vous. Les lieux de consultation présentent en effet de fortes disparités quant à leur aménagement et leur entretien. En outre, l'inégale répartition géographique des gynécologues médicaux ainsi que leur faible effectif constituent autant d'éléments contribuant au fait qu'une large proportion de femmes se retrouvent dans une relation plus souvent imposée que choisie et dans laquelle elles ne se sentent par conséquent pas particulièrement à l'aise.

Dans ces conditions, parler du corps intime ou de sexualité ne va pas de soi et n'est possible d'une part que lorsque le corps nu n'occupe pas toute la scène et d'autre part selon des modalités et des codes spécifiques excluant le recours aux termes désignant les parties sexuellement accessibles et se caractérisant par l'utilisation de formules langagières métaphoriques.

Toutefois, la parole revêt une fonction « réparatrice » vis-à-vis des actes pratiqués sur et dans le corps et se caractérise par des propos inattendus dans ce cadre médical tant ils sont éloignés du corps. Les femmes sont encouragées par les gynécologues à parler de leur vie familiale et professionnelle. Dans bien des cas, elles se saisissent de cette parole pour exprimer les difficultés qu'elles rencontrent dans la gestion des tâches dévolues aux statuts de femme active, de mère et d'épouse. La consultation se présente alors comme un espace de parole pour les femmes ce qui d'une part explique que certaines d'entre elles y soient attachées et d'autre part permet aux gynécologues de mettre en avant cet attachement pour défendre et légitimer leur activité menacée de disparition.

Les normes médicales autour desquelles se met en œuvre la mise en conformité du corps biologique s'imposent avec d'autant plus de force qu'elles s'appuient sur une proximité des savoirs scientifique et profane et n'ont de ce fait pas de caractère d'étrangeté ou d'extériorité pour les patientes. En outre, le fait que les femmes d'une part ont des connaissances floues sur le corps et son fonctionnement et d'autre part mettent à distance le savoir scientifique permet aux gynécologues de s'ériger en détenteurs du Savoir et d'imposer plus facilement leurs traitements.

La médicalisation s'opère avec succès parce qu'elle répond aux intérêts respectifs des gynécologues et des femmes. Si la médicalisation est mise en œuvre de telle façon à servir les gynécologues dans leur pratique, elle répond aussi aux attentes des femmes. Les traitements hormonaux qui offrent la particularité d'uniformiser les corps et de les rendre silencieux réduisant ainsi les plaintes des patientes, ils permettent aux femmes d'être libérées des contraintes physiologiques féminines qui peuvent faire l'objet d'une stigmatisation dans les

relations sociales ou professionnelles. Paradoxalement, faire en sorte de libérer les femmes des spécificités physiologiques féminines contribue d'une certaine manière à perpétuer les représentations négatives du corps féminin.

Ainsi, il apparaît que la contraception s'inscrit dans des enjeux qui se situent bien au-delà de celui de permettre aux femmes d'être libérées des conséquences reproductives de la sexualité. Si elle a conduit à la création de la gynécologie médicale, elle constitue un des moyens mobilisés par la profession pour maintenir et légitimer la spécialité. Par les méthodes prescrites au titre desquelles la pilule contraceptive occupe la première place, elle permet une uniformisation des corps et des patientes plus faciles à gérer dans la pratique quotidienne de la consultation en garantissant de surcroît un contrôle régulier. De ce fait, le choix contraceptif est rarement établi en fonction des pratiques sexuelles des utilisatrices ou de leur situation affective ou relationnelle dont dépend pourtant l'efficacité contraceptive (Bajos, Ferrand, 2002).

Jeux et enjeux du genre

Le dévoilement des mécanismes à l'œuvre dans cette consultation contribue aussi à repérer les effets du genre dans l'interaction et de déconstruire du même coup la rhétorique professionnelle élaborée par les femmes gynécologues mettant en avant leur identité de genre comme une plus-value professionnelle au service des femmes.

La féminisation de cette spécialité médicale, présentée comme la garantie d'une meilleure écoute et d'une plus grande compréhension des difficultés des femmes et de leurs besoins, conduit les femmes à considérer *a priori* les gynécologues femmes comme des alliées d'autant qu'une homophilie est communément admise ou supposée. Toutefois, cette homophilie est dans bien des cas remise en cause d'une part parce qu'elle ne parvient pas d'une manière générale à réduire ou encore moins à effacer l'appréhension des femmes pour cette consultation et d'autre part parce que les gynécologues femmes se révèlent très souvent beaucoup plus injonctives que leurs collègues masculins.

Notre étude a révélé que construire le genre comme une compétence professionnelle était tout autant motivée par une volonté de défendre un « bastion féminin » convoité par la corporation masculine des obstétriciens que par celle de défendre la cause des femmes. Privées de reconnaissance et de pouvoir au sein du monde médical, c'est auprès de leurs patientes que les

femmes gynécologues peuvent occuper une position dominante et exercer leur pouvoir en adoptant selon certaines patientes « un air de supériorité » et en se montrant plus injonctives. En outre, que les femmes se montrent plus injonctives que leurs collègues masculins relève, aussi, de la reproduction des normes incorporées et tient pour partie aux modalités spécifiques de cette consultation. Le risque d'un glissement du registre médical au registre sexuel encouru par les femmes gynécologues étant *a priori* moins important que pour leurs collègues masculins, elles se révèlent plus promptes au jugement du corps de leurs patientes. Cela ne signifie pas que les hommes ne portent pas de tels jugements mais que le risque encouru par leur énonciation en limite vraisemblablement l'expression. De ce fait, parler de sexualité avec une femme gynécologue comporte également le risque de s'exposer à l'évaluation ou au jugement. Même si parler de sexualité reste difficile et peu fréquent dans cette consultation, c'est donc auprès des hommes gynécologues que les patientes parviennent plus facilement à aborder le sujet obtenant de leur part des informations d'ordre mécanique ou organique.

Perspectives de recherche

Des formes de résistance ont pu être repérées. Il arrive en effet que face à une insatisfaction d'ordre relationnel ou médical, des femmes prennent la décision de changer de gynécologue. Si la décision de changer se construit petit à petit, elle est finalement déclenchée par l'irruption d'un événement mineur, comme une attente prolongée en salle d'attente. Toutefois, changer de gynécologue n'est pas facile au regard de l'état de l'offre et bien des femmes se maintiennent dans une relation qui pourtant ne les satisfait pas. Il arrive également que des femmes interrompent momentanément leur suivi ou espacent de plus en plus leur rendez-vous. Enfin, la non-observance des traitements prescrits peut constituer une autre forme de résistance. Il conviendrait de poursuivre cette recherche dans cette voie pour plusieurs raisons. La première est que 40% des femmes en France ne consultent pas de gynécologue. Il s'agirait de repérer quelles sont les catégories de femmes pour lesquelles cette absence de suivi relève de difficultés liées à l'accès aux soins et celles pour lesquelles ne pas consulter en gynécologie constitue une forme de résistance à la médicalisation.

En outre, des femmes peuvent aussi ne pas se sentir concernées par cette consultation. Nous pensons notamment aux femmes homosexuelles qui, au regard des normes sexuelles définies dans le cadre de cette consultation, peuvent être amenées à s'en tenir éloignées. Plus largement, il conviendrait de s'intéresser aux femmes se situant aux marges des catégories

sociales appréhendées. Même si des études ont déjà démontré les inégalités de traitement et d'accès aux soins, poursuivre dans cette voie consisterait à repérer comment s'articulent les mécanismes dévoilés face à des patientes aux caractéristiques sociales ou culturelles différentes.

Par ailleurs, le suivi des grossesses, que nous avons délibérément écarté de notre analyse, pourrait constituer une piste de recherche à explorer. Ce suivi, pris en charge par les gynécologues médicaux jusqu'au 5^{ème} mois de grossesse, est ensuite assuré par des obstétriciens ou des sages-femmes (Jacques, 2007). Etant donné les enjeux corporatistes entre gynécologie médicale et obstétrique que notre travail nous a amené à dévoiler d'une part et la double formation (obstétrique/gynécologie) des gynécologues médicaux diplômés depuis 1986 d'autre part, il conviendrait d'étudier la manière dont s'opère le transfert de ce suivi du gynécologue à l'obstétricien. A quel moment ce transfert est-il réellement engagé ? Ou pour le dire autrement, la double formation des gynécologues leur permet-elle de différer ce transfert et quels sont alors les motifs avancés pour le justifier ? Dans quelle mesure ce transfert ne présente-t-il pas le risque pour la ou le gynécologue de perdre définitivement une patiente puisque, comme nous l'avons constaté, des patientes étaient suivies en gynécologie médicale par l'obstétricien qui les avait accompagnées pendant leur grossesse ? Ce risque peut-il conduire les gynécologues à orienter la parturiente vers une sage-femme plutôt qu'un obstétricien ? En outre, la dimension du genre, qui s'est révélée déterminante dans l'interaction entre la patiente et le ou la gynécologue, est à notre connaissance absente des travaux sur la grossesse et l'accouchement alors même que se faire suivre par un obstétricien ou une sage-femme revient dans la majorité des cas au fait d'être suivie par un homme ou par une femme. Dans quelle mesure cette identité de genre intervient-elle dans le choix du professionnel ? Au-delà, quels sont les effets du genre dans l'interaction entre la parturiente et le praticien désigné ou choisi et sur la nature de la relation qui s'instaure tout au long du suivi ? Enfin, les discours et les représentations des professionnels sur la grossesse, l'accouchement et la maternité sont-ils sexuellement différenciés ? Autant de questions dont les réponses contribueraient à éclairer les mécanismes par lesquels l'institution médicale participe à la construction du corps de la femme et à la définition du féminin.

Bibliographie

Abbott A., « La description face à la temporalité », in G. Blundo, J-P. Olivier de Serdan (dir.) *Pratiques de la description*, Paris, ed. EHESS, 2003.

Aïach P., Bon N., Deschamps J-P., *Comportement et santé. Questions pour la prévention*, Nancy, Presse universitaire de Nancy, 1992.

Aïach P., Fassin D., *Sociologie des professions de santé*, La Garennes-Colombes, Editions L'espace européen, 1992.

Aïach P., « La prévention : une idéologie du progrès », *Agora*, n°30, 1994, pp 11-15.

Aïach P., Delanoë D., *L'ère de la médicalisation*, Paris, Ed. Economica, 1998.

Aïach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C. (dir), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Paris, ed. ENSP, 2001.

Amir G., « Intimité corporelle et discours publicitaire », in G. Vigarello (dir.) *Le gouvernement du corps*, Communication n°56, EHESS, 1993, pp 191-206.

Arborio A-M., Fournier P., *L'observation directe*, Paris, Armand Colin, 2005.

Ariès P., *Histoire des populations françaises et leurs attitudes devant la vie depuis le XVIIIème siècle*, Paris, Seuil, 1971.

Arnaud-Lesot S., *Pratique médicale et pudeur féminine au XIXème siècle*, Histoire des sciences médicales, 38, n°2, 2004, pp 207-213.

Augé M., *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Archives contemporaines, 1994.

Bajos N., Bozon M., « La sexualité à l'épreuve de la médicalisation », *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, 128, 1999, pp 34-37.

Bajos N., Ferrand M., *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, INSERM, Questions en Santé publique, 2002.

Bajos N., Ferrand M., « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, n°61, 2006, pp 91-117.

Bajos N., Bozon M., *La sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, 2008.

Bard C., *Les filles de Marianne : histoire des féminismes, 1914-1940*, Paris, Fayard, 1995.

- Bard C., *Les femmes dans la société française au 20^{ème} siècle*, Paris, Armand Collin, 2004.
- Bard C., Baudelot C., Mossuz-Lavau J. *Quand les femmes s'en mêlent. Genre et pouvoir*, Paris, Editions de la Martinière, 2004.
- Baudelot C., Establet R., *Allez les filles !* Paris, Seuil, le Point, 1992.
- Beaud S., *Guide de l'enquête de terrain*. Paris, la Découverte, Repères, 1998.
- Beaud S., *80% au bac...et après ? Les enfants de la démocratisation scolaire*, Paris, La Découverte, 2003.
- Becker H., *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985, [1^{ère} ed. 1963].
- Becker H., « L'enquête de terrain : quelques ficelles du métier », in *Sociétés contemporaines*, n°40, 2000, pp 151-164.
- Béland F., « Proposition pour une reconstruction des composantes de rôles de malade et de médecin dans la sociologie de Parsons », *Sociologie et sociétés*, vol. XXI, n°1, avril 1989, pp 165-185.
- Berland Y., *Commission « démographie médicale »*, Paris, Ministère des solidarités de la santé et de la famille, avril, 2005.
- Berton F., « Le généraliste peut-il prendre en compte la sexualité de ses patients », In Sztalryd J.M., *L'intime civilisé. Sexualité privée et intérêt public*, Paris, L'harmattan, 1994.
- Bidart C. « Parler de l'intime : les relations de confiance », *Mana*, n°3, 1998, pp 19-55.
- Bizeul D., « Que faire des expériences d'enquête ? Apports et fragilité de l'observation directe », *Revue Française de Science Politique*, vol. 57, 2007, pp 69-89.
- Bologne J.-C., *Histoire de la pudeur*, Paris, Perrin, 1986.
- Boltanski L., « Les usages sociaux du corps », *Annales*, 26^{ème} année, n°1, janvier-février 1971, pp 205-209.
- Borten-Krivine, « Hystérectomies », in *Revue de médecine psychosomatique*, n° 21-22, 1990.
- Borten-Krivine, *Médecin de femmes. Ce qu'entendent les gynécologues*, Paris, Albin Michel, 2004.
- Bouchayer F., « Médecins et puéricultrices de PMI. La recherche d'une identité et d'une légitimité professionnelles », *Revue française de sociologie*, n°25, 1984, pp 67-90.
- Bourdieu P., *Questions de sociologie*, Paris, Les Editions de Minuit, 1984.
- Bourdieu P., *La domination masculine*, Paris, Seuil, 1998.

Bozon M., « Le choix du conjoint », in Singly de F. (dir.) *La famille, l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 1991.

Bozon M., *Sexualité et sciences sociales. Les apports d'une enquête*. Population, n°5, 1993.

Bozon M., « Les cadres sociaux de la sexualité », *Société contemporaines*, n°41/42, 2001, pp 5-9.

Bozon M., *Sociologie de la sexualité*, Paris, Nathan, 2002.

Bozon M., « Les rites de passage aux « premières fois », une expérimentation sans fin », *Agora Débat-Jeunesse*, 28, 2002, pp 22-33.

Bozon M., « Femmes et sexualité, une individualisation sous contrainte », in Maruani M. (dir.) *Femmes, genre et sociétés. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2005, pp 105-113.

Braun V., Wilkinson S., « Socio-cultural representations of the vagina », *Journal of reproductive and infant psychology*, vol. 19, n°1, 2001, pp 17-32.

Bretin H., *Contraception, quel choix pour quelle vie ? Récits de femmes, paroles de médecins*. Paris, INSERM, 1992.

Broclain D., « La « crise » de la médecine générale. Mythes et réalités », in Aïach P., Fassin D. (dir.) *Sociologie des professions de santé*, ed. de l'Espace Européen, 1992, pp 73-106.

Cabanis C., « Qualité de vie et sexualité. Désirs et plaisirs au féminin », *Revue française de gynécologie et obstétrique*, 94-2, 1999, pp119-121.

Cacouault-Bitaud M., « La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ? », *Travail, genre et sociétés*, n°5, 2001, pp 93-115.

Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 2007, [1^{ère} ed. 1966].

Cardi C., « La mauvaise mère : figure féminine du danger », *Mouvements*, n°49, 2007, pp 27-45.

Carol A., *Esquisse d'une topographie des organes génitaux féminins : grandeur et décadence des trompes (XVII^e-XIX^e siècles)*, Clio, 2003, n°17.

Carol A., « L'examen gynécologique en France, XVIII-XIX : techniques et usages », in Bourdelais P. et Faure O. (dir.) *Les nouvelles pratiques de santé, XVIII-XIX siècles*, Paris, Belin, 2005, pp 51-66.

Carricaburu D., « La profession de sage-femme. Une autonomie en question », in Aïach P., Fassin D. (dir.) *Sociologie des professions de santé*, ed. de l'Espace Européen, 1992, pp 205-226.

Carricaburu D., Ménoret M., *Sociologie de la santé. Institutions, professions, maladies*, Paris, Armand Colin, 2004.

Cassell J., « Différence par corps : les chirurgiennes », *Cahiers du genre*, n°29, L'Harmattan, 2001, pp 53-81.

Castel P., « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue française de sociologie*, 46-3, 2005, pp 443-467.

Célérier M.C., « Le vieillissement », *Champ psychosomatique*, n°24, 2001, pp 7-16.

Cesbron P., Knibiehler Y., *La naissance en Occident*, Paris, Albin Michel, 2004.

Chabaud-Rychter, Gardey D., *L'engendrement des choses. Des hommes, des femmes et des techniques*, Paris, ed. des Archives contemporaines, 2004.

Chapoulie J-M., « Le travail de terrain, l'observation des actions et des interactions, et la sociologie », *Sociétés contemporaines*, n°40, 2000, pp 5-27.

Charuty G., *Folie, mariage et mort. Pratiques chrétiennes de la folie en Europe occidentale*. Paris, Seuil, La couleur des idées, 1997.

Chatel M.M., *Malaise dans la procréation. Les femmes et la médecine de l'enfantement*, Paris, Albin Michel, 1993.

Chertok L., *La relation médecin-patient. L'énigme de la relation au cœur de la médecine*, Paris, ed. Sanofi, 2000.

Cicourel A.V., « Raisonnement et diagnostic », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°60, 1985, pp 79-89.

Cicourel A.V., « La gestion des RDV dans un service médical spécialisé ». *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, n°143, juin, 2002, pp 3-17.

Cicourel A. V., *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*, Paris, Seuil, 2002.

Cohen J., *Gynécologie et santé des femmes. Quel avenir en France ?* Paris, Eska, 2000.

Corbin, A., *Le miasme et la jonquille*, Paris, Aubier Montaigne, 1982.

Cosnier J., Grosjean M., Lacoste M., (dir.), *Soins et communication : approche interactionniste des relations de soins*, Lyon, PUL, 1993.

Cresson G., *Travail domestique de santé*, Paris, L'harmattan, coll. Logiques sociales, 1995.

Cresson G., « La confiance dans la relation médecin-patient », in Cresson G., Schweyer F-X. (dir.), *Les usagers du système de soins*, ENSP, 2000, pp 333-350.

Cupa D., « L'accouchement », *Champ psychosomatique*, n°8, 1996, pp 11-15.

Dagnaud, Mehl D., *Merlin l'enfanteur : la médecine, la femme, le désir d'enfant*, Paris, Ramsay, 1987.

Dagnaud M., Mehl D., « Les gynécologues 1 : une profession sous influence », *Sociologie du Travail*, XXX n°2, 1988, pp 271-286.

Dagnaud M., Mehl D., « Les gynécologues 2 : une profession influente », *Sociologie du Travail*, XXX n°2, 1988, pp 287-300.

Darmon M., *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte, 2003.

Darmon M., « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, Quantifier, n°58, mars 2005, pp 98-112.

Davis K., « Cosmetic surgery as feminist utopia », *European journal of women's studies*, n°4, 1997, pp 23-37.

Davis K., « A dubious equality : men, women and cosmetic surgery », *Body society*, n°8, 2002, pp 49-65.

Dechamp-Le Roux C., « Sociologie d'un choix professionnel : la médecine », in Aïach P., Fassin D. (dir.), *Sociologie des professions de santé*, ed. de l'Espace Européen, 1992, pp 47-72.

Delanoë D., « La médicalisation de la ménopause », in Aïach P., Delanoë D. (dir.) *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, ed. Economica, 1998, pp 211-246.

Delanoë D., *Femmes, médecins et ménopauses*, Paris, Berger-Levrault, 1999.

Delanoë D., « La ménopause comme phénomène naturel », *Champ psychosomatique*, n°24, 2001, pp 57-67.

Delanoë D., *Critique de l'âge critique. Usages et représentations de la ménopause*, Thèse de doctorat de l'EHESS, Paris, 2001.

Delbès C., « La vie sexuelle des séniors », *Champ psychosomatique*, n°24, 2001, pp 7-16.

Detrez C., *La construction sociale du corps*, Paris, Seuil, points essais, 2002.

Detrez C., Simon A., *A leur corps défendant. Les femmes à l'épreuve du nouvel ordre moral*, Paris, Seuil, 2006.

Diczfalusy E., « La révolution contraceptive dans une humanité vieillissante », in Baulieu P.-E., Héritier F., Leridon H. (dir.) *Contraception : contrainte ou liberté ?*, Paris, Ed. O. Jacob, 1999, pp 79-98.

Dodier N., *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 1993.

Donati P., « Identité de mère ou de femme ? », *Informations sociales*, n°55, 1996, pp 103-109.

Donati P., « Les temps de la procréation féminine », *Temporalistes*, 43, octobre 2001, pp 6-14.

Douglas M., *De la souillure. Etudes sur la notion de pollution et de tabou*, Paris, La découverte, 1992, [1^{ère} ed. : 1967].

Drulhe M., *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*, Paris, PUF, Sociologie d'aujourd'hui, 1996.

Dubar C., *Sociologie des professions*, Paris, Colin, 1998.

Dumoulin M.-P., *Du secret féminin. Quand la pédiatrie rencontre l'adolescente*, Paris, Klincksieck, 1990.

Durendeau A., Sztalryd J., Vasseur-Fauconnet C. (dir.), *Sexe et guérison*, Paris, L'Harmattan, 1998.

Durif-Bruckert C., *Une fabuleuse machine*, Paris, Métailié, 1994.

Durif-Bruckert C., *La nourriture et nous. Corps imaginaire et normes sociales*, Paris, Armand Colin, 2007.

Duru-Bellat M., *L'école des filles. Quelle formation pour quels rôles sociaux ?*, Paris, L'Harmattan, 1990.

Ehrenberg A., *L'individu incertain*, Paris, Calman-Lévy, 1995.

Elias N., *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy, 1976, [1^{ère} ed. 1939].

Elson J., "Hormonal hierarchy. Hysterectomy and stratified stigma", *Gender and Society*, vol. 17, n°5, October 2003, pp 750-770.

Emerson J., "Behavior in private places : sustaining definitions of reality in gynaecological examinations", *Recent sociology*, n°2, 1970, pp73-113.

Ensler E., *Les monologues du vagin*, traduit par D. Deschamps, Paris, Denoël&D'ailleurs, 2005.

Espie G., « Pour une normalité du corps ? Nouvelles pratiques contraceptives et savoir du corps », *Cahiers du centre de recherches sociologiques*, n°8, 1988, pp 125-131.

Even G., « Former les étudiants en médecine à la relation », *Champs psychosomatique*, n°22, 2001, pp 133-142.

Fainzang S., *Médicaments et société*. Paris, PUF, Ethnologie et controverses, 2001.

Fainzang S., *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, PUF, 2006.

Favret-Saada J., *Les mots, la mort, les sorts*, Paris, Gallimard, 1977.

- Fassin D., *L'espace politique de la santé*, Paris, PUF, 1996.
- Fassin D., Memmi D., *Le gouvernement des corps*, Paris, ed. EHESS, 2004.
- Fassin E., *Trouble dans le mariage*, Libération, mer. 15 juin 2005, p 41
- Fellous M., *Contraception et migration*, Paris, Syros, 1982.
- Fellous M., « La révolution échographique », *Sociologie du travail*, n°2-88, 1988, pp 301-321.
- Ferrand M., « Les médecins face à l'avortement », *Sociologie du travail*, n°2-88, 1988, pp 367-380.
- Ferrand M., « Au risque de l'échec : la contraception au quotidien », in N. Bajos, M. Ferrand, équipe GINE *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, INSERM, questions de santé publique, 2002.
- Ferin J., « Contribution de l'endocrinologie à l'évolution de la condition féminine », in E. Sullerot (dir.) *Le fait féminin*, Paris, Fayard, 1988.
- Fillard C., Colom-Boureau C., *Les mouvements féministes américains*, Paris, Ellipses, 2003.
- Fischler C., *L'omnivore. Le goût, la cuisine et le corps*, Paris, O. Jacob, 1993.
- Fize M., *Ne m'appellez plus jamais crise ! Parler de l'adolescence autrement*, Paris, Erès, 2003.
- Fonty B., « Pudeur et vice versa », *Autrement*, n°81, 1986, pp 75-79.
- Fortino S., *La mixité au travail*, Paris, La Dispute, 2003.
- Foucault M., *Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical*, Paris, Gallimard, 1963.
- Foucault M., *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976.
- Foucault M., *Histoire de la sexualité II. L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard Tell, 1984.
- Foucault M., *Histoire de la sexualité III. Le souci de soi*, Paris, Tell Gallimard, 1984.
- Foucault M., *Dits et écrits I et II*, Paris, Quarto Gallimard, 2001.
- Foucquet C., Knibiehler Y., *La beauté pour quoi faire ?* Paris, Temps actuels, 1982.
- Fraisse G., « L'habeas corpus des femmes : une double révolution ? », in Baulieu P-E., Héritier F., Leridon H. (dir.) *Contraception : contrainte ou liberté ?*, Paris, Ed. O. Jacob, 1999, pp 53-64.

- Freidson E., *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, [1^{ère} ed. 1970].
- Freidson E., "Client control and medical practice", *American Journal of Anthropology*, vol. 65 (4), 1960, pp 374-382
- Freud S., *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1987, [1^{ère} ed. 1942].
- Galinski D., Ziolkowska J., "The gender and the gynaecological examination. Women's identities in doctor's narratives", *Qualitative Health research*, vol 17, n°4, avril 2007, pp 477-488.
- Gelis J., « Autrefois les positions de l'accouchement », *Champ psychosomatique*, n°8, 1996, pp 29-36.
- Gelis J., *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1997.
- Gelly M., *Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée*, l'Harmattan, Paris.
- Ghigi R., « Le corps féminin entre science et culpabilisation. Autour d'une histoire de la cellulite », *Travail, genre et sociétés*, n°12, novembre 2004, pp 55-76.
- Giami A., « La médicalisation de la sexualité : aspects sociologiques et historiques », *Andrologie*, vol. 8, 4, 1998, pp 383-390.
- Giraud J.-R., *Abrégés de gynécologie*, Paris, Masson, 1997.
- Goffman E., *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Editions de Minuit, 1968.
- Goffman E., *La mise en scène de la vie quotidienne. 1 La présentation de soi*, traduit de l'anglais par A. Accardo, Paris, éditions de Minuit, 1973a.
- Goffman E., *La mise en scène de la vie quotidienne. 2 Les relations en public*, traduit de l'anglais par A. Khim, Paris, éditions de Minuit, 1973b.
- Goffman E., *Les rites d'interaction*, Paris, Les Editions de Minuit, 1974.
- Goffman E., *Les cadres de l'expérience*, Paris, Editions de Minuit, 1991.
- Goffman E., « La distance au rôle en salle d'opération », *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, n° 143, 2002, pp 80-87.
- Goldmann A., *Les combats des femmes au XXème siècle*, Firenze, Casterman, 1996.
- Grafeille N., « Qualité de vie en gynécologie : la disgrâce physique », *Revue française de gynéco-obstétrique*, 94-2, 1999, pp 133-137.

Grisoni D., « Les preuves des corps », in *La première fois ou le roman de la virginité perdue à travers les siècles et les continents*, Paris, Ramsay, 1981, pp 21-117.

Gros D., *Le sein dévoilé*, Paris, Stock/Laurence Pernoud, 1987.

Guerrand R.H., *Le sexe apprivoisé. Jeanne Humbert et la lutte pour le contrôle des naissances*, Paris, Ed. La découverte, 1990.

Guirimand N., « De la réparation des « gueules cassées » à la « sculpture du visage ». La naissance de la chirurgie esthétique en France pendant l'entre-deux-guerres », *Actes de la recherche en Sciences Sociales* 1-2, vol. 156-157, 2005, pp 72-87.

Guyard L., « Consultation gynécologique et gestion de l'intime », *Champ psychosomatique*, 2002, n°27, 2002, pp 81-99.

Guyard L., « La consultation gynécologique : un espace de liberté de parole pour les femmes ? » in D. Le Gall (dir.) *Genres de vie et intimités. Chroniques d'une autre France*, Paris, l'Harmattan, 2005, pp 237-249.

Guyard L., « Contraception » ; « Gynécologie » ; « Règles » ; « Virginité » in B. Andrieu (dir.) *Dictionnaire du corps*, ed. CNRS, 2006.

Guyard L., « Féminismes » en collaboration avec Mardon A., in B. Andrieu (dir.) *Dictionnaire du corps*, ed. CNRS, 2006.

Guyot J.C., *Besoins de santé et phénomène de socialisation. Santé, médecine et sociologie*, Colloque international de sociologie médicale, Paris 6-9 juillet 1976, Ed. du CNRS-INSERM, 1978.

Hall E. T., *La dimension cachée*, Paris, Seuil, 1971, [première ed. : 1966]

Hall E. T., *Le langage silencieux*, Paris, Seuil, 1984, [première ed. : 1959]

Hardy-Dubernet A-C., Arliaud M., Horellou-Lafarge C., Le Roy F., Blanc M-A., *La réforme de l'internat de médecine en 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, Cahier de la recherche de la MIRE, n°15, février 2003, pp 9-15.

Hardy-Dubernet A-C., « Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions? », in *Revue française des affaires sociales*, n°1, janvier-mars 2005, pp 35-58.

Hardy-Dubernet A-C., Gadéa C., « De « faire médecine » à « faire de la médecine », DREES, série études n° 53, octobre 2005.

Heath C., « La conduite du patient pendant l'examen médical », in Cosnier J., Grosjean M., Lacoste M. (dir.), *Soins et communication : approche interactionniste des relations de soin*, Lyon, PUL, 1993, pp77-83.

Henslin J., Biggs A., "Behavior in public places : the sociology of the vaginal examination", in Henslin J., *Down to earth sociology*, New York, Free Press, 13ème ed., 2005, pp 211-223, [1ère ed. 1978].

Héritier F., *Masculin/féminin I. La pensée de la différence*, Paris, O. Jacob, 1996.

Héritier F., « Vers un nouveau rapport des catégories du masculin et du féminin », in Baulieu P-E., Héritier F., Leridon H. (dir.) *Contraception : contrainte ou liberté ?*, Paris, Ed. O. Jacob, 1999, pp 37-52.

Héritier F., *Masculin/féminin II. Dissoudre la hiérarchie*, Paris, O. Jacob, 2002.

Herzlich C., *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Ed. E.H.E.S.S., 1996, [1^{ère} ed. : 1969].

Hertzlich C., *Médecine, maladie et société*, Paris, EPHE, Mouton, 1970.

Herzlich C., Bungener M., Paicheler G., Roussin P., Zuber M-C., *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France, carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*, Paris, ed. INSERM, 1993.

Hoerni B., *Histoire de l'examen clinique*, Paris, Maloine, 1996.

Hoerni B., *Pratique médicale et sexualité*, Rapport adopté lors de la session du Conseil de l'Ordre des médecins, décembre 2000.

Howson A., "Embodied obligation. The female body and health surveillance", in *The body in everyday life*, London, Nettleton S., J. Watson, Routledge, 1998.

Hughes E. C., *Le regard sociologique*, Paris, EHESS, Essais choisis, 1996.

Hughes E. C., « Le drame social du travail », *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, n°115, 1996, pp 94-99.

Illich Y., *Némésis médical. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.

Jacquart D., Thomasset C., *Sexualité et savoir médical au Moyen Age*, Paris, PUF, Les chemins de l'histoire, 1985.

Jacques B., *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF, 2007.

Jaisson M., « L'honneur perdu du généraliste. », *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, n°143, juin 2002, pp 31-35.

Jaisson M., « La mort aurait-elle mauvais genre. La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale. », *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, n°143, juin 2002, pp 44-52

Joël C., *Les filles d'Esculape*, Paris, Laffont, 1988.

Kaufmann J. C., *Corps de femmes, regards d'hommes. Sociologie des seins nus*, Paris, Pocket, 1998.

Kaufmann J-C., *Le cœur à l'ouvrage. Théorie de l'action ménagère*, Paris, Nathan, Pocket, 1997.

Képès S., Thiriet I., *Femmes à 50 ans*, Paris, Seuil, Points actuels, 1981.

Knibiehler Y., Fouquet M., *La femme et les médecins*, Paris, Hachette, analyse historique, 1983.

Knibiehler Y., *Etats des savoirs. Perspectives de recherche*, Clio, histoire, Femmes et sociétés, 4, 1996.

Knibiehler Y., *La révolution maternelle depuis 1945*, Paris, Perrin, 1997.

Knibiehler Y., « Des gynécologues témoignent », in Knibiehler Y. avec le concours de A. Guy *Repenser la maternité*, Panoramiques, n°40, 2^{ème} trim. 1999, pp 46-48.

Knibiehler Y., *Maternité, affaire privée, affaire publique*, Paris, Bayard, 2001.

Knibiehler Y., *La sexualité et l'histoire*, Paris, O. Jacob, 2002.

Kohler-Riessman C., "Women and medicalization. A new perspective", *Sexualities, Evolution and Gender*, Vol. 7, n°3, 2005, pp 46-63.

Lachowsky M., « Que faisons-nous à nos malades ? », *Revue de médecine psychosomatique*, n°21-22, 1990.

Lachowsky M., *Un temps pour les femmes*, Paris, Odile Jacob, 2005.

Lachowsky M., et Winaver D., *Aspects psychosomatiques de la consultation en gynécologie*, Paris, Masson, 2007.

Lacoste-Dujardin C., « Pour une analyse de la relation ethnologique », in *Dialogues de femmes en ethnologie*, Paris, Maspero, 1977.

Lacoste-Dujardin C., « Le Maghreb : L'œuf entre les mains du père », in Grisoni (dir.) *La première fois ou le roman de la virginité perdue à travers les siècles et les continents*, Paris, Ramsay, 1981, pp 287-326.

Lacoste-Dujardin C., *Des mères contre les femmes. Maternité et patriarcat au Maghreb*, Paris, La Découverte, 1985.

Lagrange Rose-Marie, « Recherches féministes ou recherches sur les femmes ? », *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, vol 83, n°1, 1990, pp 27-39.

Lagrange Rose-Marie, « Retable », in Artières P., Farge A., Laé J-F., Lagrange R-M., Mangeot P., Mordillat G., *Sept images d'amour*, Paris, Les prairies ordinaires, 2006, pp 9-41.

Lahire B., *La culture des individus. Dissonances culturelles et distinction de soi*, Paris, ed. La Découverte, 2004.

- Lansac J., Lecomte P., *Gynécologie. Pour le praticien*, Paris, Masson, 1999, [1^{ère} ed. 1981].
- Lanzarini C., Bruneteaux P., « Les entretiens informels », *Sociétés contemporaines*, n°30, 1998, pp 157-180.
- Lapeyre N., Le Feuvre N., « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, n°1, janvier-mars 2005, pp 59-82.
- Laqueur T., *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, Paris, Gallimard, 1992, [1^{ère} ed. : 1990].
- Le Blanc G., « Le conflit des médecines », *Esprit*, n°284, mai 2002, pp 71-86.
- Le Blanc G., « L'invention de la normalité », *Esprit*, n°284, mai 2002.
- Le Breton D., *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, Coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1990.
- Lecourt D., « Normes », *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, p 791.
- Le Gall D., Le Van C., « La première fois fin de XXème », in Le Gall D. (dir.) *Conditions et genres de vie : chronique d'une autre France*, Paris, l'Harmattan, 2002.
- Lenoir N., « La contraception dans les pays développés : une pratique sociale devenue liberté fondamentale », in Baulieu P-E., Héritier F., Leridon H. (dir.) *Contraception : contrainte ou liberté ?*, Paris, Ed. O. Jacob, 1999, pp 119-162.
- Léomant C., « Démarche de connaissance et déontologie du sociologue dans une approche biographique », in Feldman J., Filloux J-C., Lecuyer B-P., Selz M., Vicente M. (dir.) *Ethique, épistémologie et sciences de l'homme*, Paris, L'Harmattan, 1996, pp 132-146.
- Leridon H., « Une révolution démographique encore mal comprise », in Baulieu P-E., Héritier F., Leridon H. (dir.) *Contraception : contrainte ou liberté ?*, Paris, Ed. O. Jacob, 1999, pp 65-78.
- Leridon H., « La médicalisation croissante de la contraception en France », *Population et société*, n°381, juillet-aout 2002.
- Lock M., "Cultivating the body : anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge.", *Annual review of anthropology*, vol 22, 1993, pp 133-155.
- Lorber J., "Gender and social construction of illness", *Sage publications*, Thousand Oaks, 1997.
- Loux F., *Le corps dans la société traditionnelle*, Paris, Berger-Levrault, 1979.
- Loux F., *Traditions et soins d'aujourd'hui. Anthropologie du corps et professions de santé*, Paris, Masson, 1990.

- Löwy I., *L'emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité*, Paris, La dispute, 2005.
- Löwy I., Marry C., *Pour en finir avec la domination masculine*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 2007.
- Madec A., « Rires et relations d'enquête », *Ethnologie française*, XXXII, 1, 2002, pp 89-94.
- Mardon A., « Les femmes et la lingerie : intimité corporelle et morale sexuelle », *Champ psychosomatique*, n°27, 2002, pp 69-80.
- Mardon A., « Comment la parure vient aux jeunes filles. Socialisation corporelle et lingerie », in Le Gall (dir.) *Genres de vie et intimité : chronique d'une autre France*, Paris, L'Harmattan, 2004.
- Mardon A., *La socialisation corporelle des préadolescentes*, thèse de sociologie, Université de Paris X, Nanterre, 2006.
- Marry C., *Les femmes ingénieures. Une révolution respectueuse*, Paris, Belin, 2004.
- Mathieu N-C., « Femmes, matière à penser...et à reproduire », in N. Echard, O. Journet, C. Michard-Marchal [et al.] ; réunis par N-C. Mathieu *L'arraisonnement des femmes : essais en anthropologie des sexes*, Paris, ed. EHESS, 1985.
- Mathieu N-C., « Homme-culture, femme-nature », *L'Homme*, XIII, 1973, pp 101-113.
- Mauss M., « Les techniques du corps », in *Sociologie et Anthropologie*, Paris, P.U.F., Quadrige, 1991, pp 365-386. [1^{ère} ed. : 1950]
- Mehl D., *La télévision de l'intimité*. Paris, Seuil, essai politique, 1996.
- Meidani A., « Différence « honteuse » et chirurgie esthétique : entre l'autonomie subjective des sujets et l'efficacité du contexte normatif », *Déviance et société*, volume 29, 2005, pp 167-179.
- Memmi D., *Les gardiens du corps : dix ans de magistère bioéthique*, Paris, Ed. EHESS, 1996.
- Memmi D., « La dimension corporelle de l'activité sociale », *Sociétés Contemporaines*, 31, 1998, pp.5-14.
- Memmi D., *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte, 2003.
- MFPPF, *Liberté, sexualités, féminisme*, Paris, La Découverte, 2006.
- Mimoun S., « Gynécologues et corps féminin. », *Revue de médecine psychosomatique*, n°21-22, 1990.
- Mimoun S., *Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique*, Paris, Flammarion, 1992.

Molinier P., « Travail et compassion dans le monde hospitalier », *Cahiers du Genre*, n°28, 2000, pp 49-70.

Molinier P., *L'énigme de la femme active. Egoïsme, sexe et compassion*, Paris, Payot, 2003.

Montjarret A., « Le sens du poil », in Beffa M-L. et Hamayon R. (dir.) *Les figures du corps*, Nanterre, Société d'Ethnologie, 1989, pp129-144.

Morin P, Bouccara L., Choukroun J., « La spécialisation en gynécologie », *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, année LXI, n°7-8, 1966, pp 576-588.

Mossuz-Lavau J., Kervasdoué de A., *Les femmes ne sont pas des hommes comme les autres*, Paris, Odile Jacob, 1997.

Mossuz-Lavau J., *La vie sexuelle en France*, Paris, La Martinière, 2002.

Mossuz-Lavau J., « Une politique de réduction des risques sexuels pour les femmes en difficulté de prévention : la sexualité dans les milieux de précarité », in G. Paicheler et M-A. Loyola (dir.) *Sexualité, normes et contrôle social*, Paris, l'Harmattan, 2003, pp 101-116.

Moulinié L., « Le corps des jeunes filles dans les traités médicaux du Moyen-âge », in Bruit Zaidman L., Houbre G., Klapish-Zuber C., Schmitt Pantel P. (dir.) *Le corps des jeunes filles de l'antiquité à nos jours*, Paris, Perrin, Pour l'histoire, 2001, pp 80-109.

Moulinié V., *La chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang*, Paris, Editions de la Maison des sciences de l'homme, « ethnologie de la France », 1998.

Nahoum-Grappe V., *Le féminin*, Paris, Hachette, 1996.

Nerson-Sachs C., « Le sang des femmes...une trace. Réflexions sur un tabou », *Champ psychosomatique*, n°1, 1995, pp 71-80.

Netter A., *La connaissance de la femme*, Paris, Laffont, 1979.

O'Dowd M. J., Philipp E. E., *The history of obstetrics and gynaecology*, the Parthenon Publishing group, 1994.

Ogien A., « L'ordre de la désignation. Les habitués dans les services hospitaliers », *Revue française de sociologie*, XXVII, 1986, pp 29-46.

Oudshoorn N., *Beyond the natural body. An archaeology of sex hormones*, London, New-York, Routledge, 1994.

Oudshoorn N., « La contraception masculine et querelles de genre », *Cahiers du genre*, n°25, 1999, pp 139-167.

Oudshoorn N., « Au sujet des corps, des techniques et des féministes », in Gardey D. et Löwy I. (dir.) *Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Editions des archives contemporaines, 2000, pp 31-44.

Pages-Delon M., *De sa construction à son usage, l'apparence corporelle comme enjeu social*. Paris, Le Mirail, 1987.

Paicheler G., « La prévention : articulation entre l'individu et la société dans la gestion de santé », in Pétrillo G. (dir.), *Santé et société. La santé et la maladie comme phénomènes sociaux*, Lausanne, Delachaux-Niestlé, 2000.

Paicheler G., Loyola M-A., *Sexualité, normes et contrôle social*, Paris, L'Harmattan, 2003.

Pariente-Butterlin, « La relation du patient et du médecin : confiance, contrat, partenariat ? », *Esprit*, mai 2002, pp 87-101.

Parsons T., Fox R., "Illness, therapy and the modern urban american family" in *Comparative social problem*, New-York, The free press, 1951, pp 61-69.

Peneff J., *L'hôpital en urgence*, Paris, Métaillé, 1992.

Peretz H., « Le vendeur, la vendeuse et leur cliente. Ethnographie du prêt-à-porter de luxe », *Revue Française de Sociologie*, XXXIII, 1992, pp 49-72.

Peretz H., *Les méthodes en sociologie. L'observation*, Paris, La Découverte, Repères, 1998.

Perrot M., *Mon histoire des femmes*, Paris, Seuil, 2006.

Perrot P., *Le corps féminin. Le travail des apparences*, Paris, Seuil, points histoires, 1984.

Peter J-P., « « L'acte médical » ou l'objet technologique postmoderne », *Agora*, n° 32-33, 1995, pp 7-16.

Picot G., « Le rapport entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : continuités et changements. », *Cahiers du genre*, n°26, 1999, pp 121-130.

Picot G., « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. Le cas de deux services hospitaliers », *Revue française des affaires sociales*, n°1, janvier-mars 2005, pp 83-102.

Picq F., *Libération des femmes. Les années mouvement*, Paris, Seuil, 1993.

Pierret J., *Risques héréditaires de cancers du sein et de l'ovaire. Quelle prise en charge ?* Paris, Editions INSERM, 1998, pp 281-292.

Pinell P., « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, n° 156-157, 2005, pp 4-36.

Poirier J., Salaün F., *Médecin ou malade. La médecine en France au XIXème et XXème siècles*, Paris, Masson, 2001.

Priente-Butterlin I., « La relation du patient et du médecin : confiance, contrat ou partenariat », *Esprit*, n°284, mai 2002, pp 87-101.

Pringle R., *Sex and medecin. Gender, power and authority in the medical profession*, Cambridge, University press, 1998.

Pruvost G., *Profession : policier. Sexe : féminin*, Paris, Ed. Maison des sciences de l'homme, 2007.

Pryen S., « Le statut du sociologue dans la situation d'enquête. Le cas de la prostitution de rue », in Feldman J., Filloux J-C., Lecuyer B-P., Selz M., Vicente M. (dir.) *Ethique, épistémologie et sciences de l'homme*, Paris, L'Harmattan, 1996, pp 117-131.

Pryen S., *Stigmate et métier. Une approche sociologique de la prostitution de rue*, Rennes, PUR, 1999.

Queval I., *Le corps aujourd'hui*, Paris, Gallimard, 2008.

Rabaut J., *Histoire des féminismes français*, Paris, Stock, 1978.

Ramos E., *Rester enfant, devenir adulte. La cohabitation des étudiants chez leurs parents*, Paris, L'Harmattan, 2002.

Raveneau G., « Une nouvelle économie du corps : bien-être, narcissisme et consommation », *Revue des sciences humaines et sociales*, n°69, 2000, pp19-32.

Remaury B., *Le beau sexe faible. Les images du corps féminin entre cosmétique et santé*, Paris, Grasset/Le Monde, 2000.

Rinieri C., *Comment parler du vagin à ma fille ? Traité sans complexe de l'anatomie et de la sexualité au féminin*, Paris, Ramsay, 2006.

Rissoan O., « Les relations amicales des jeunes : un analyseur des trajectoires sociales lors du passage à l'âge adulte », *Genèses*, 54, 2004, pp 148-161.

Rochebrochard E., « Stérilité, fertilité : la part des hommes », *Population et société*, n°371, septembre 2001.

Rouméas M-A., *A l'écoute du corps et de la parole des femmes. La pratique quotidienne d'une gynécologue*, Paris, ed. Yves Michel, 2006.

Rousseau-Dujardin J., « Une relation particulière », *Autrement*, n°81, 1986, pp 68-74.

Roux J.P., *Le sang : mythes, symboles et réalités*, Paris, Fayard, 1988.

Rozenbaum H., *Guide pratique de gynécologie*, Paris, Solar, 2003.

Salama G., *Confidences d'un gynécologue*, Paris, Plon, 2005.

Saliba J., « Le corps et ses constructions symboliques. », *Socio-anthropologie*, n°5, 1999, pp 5-17.

Sapir M., « Médecin et patient, que voient-ils l'un de l'autre ? », *Revue de médecine psychosomatique*, n°33, 1993.

Sapir M., « Vérités et croyances en médecine », *Champ psychosomatique*, n°18, 2000, pp 19-29.

Segalen M., *Mari et femme dans la société paysanne*, Paris, Flammarion, 1980.

Segalen M., *Sociologie de la famille*, Paris, Armand Collin, 1981.

Segalen M., *Rites et rituels contemporains*, Paris, Nathan, 1998.

Selz M., *La pudeur : un lieu de liberté*, Paris, Buchet-Chastel, 2003.

Serre D., « Le bébé superbe. La construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance », *Sociétés contemporaines*, n°31, 1998, pp 107-127.

Sfez L., « L'utopie du corps parfait », *Esprit*, 2, n°229, 1997, pp 43-62.

Shorter E., *Le corps des femmes*, Paris, Seuil, 1984, [1^{ère} ed. : 1982].

Schwartz O., « L'empirisme irréductible », in Anderson N. *Le hobo. Sociologie du sans-abri*, Paris, Nathan, 1993, [1^{ère} ed. 1923].

Singly de F., « Parents salariés et petites maladies d'enfant. Le congé pour enfant malade. », *La documentation française*, 1993.

Singly de F., *Les uns avec les autres. Quand l'individualisme crée du lien*, Paris, Hachette, 2004.

Sinzingre N., « Un excès par défaut. Excision et représentation de la féminité », *L'Homme*, XIX, 1979, pp 171-187.

Sissa G., *Le corps virginal : la virginité féminine en Grèce ancienne*, Paris, Vrin, 1987.

Sissa G., « Membres à Fantômes, à propos d'un ouvrage de T. Laqueur », *Terrain*, n°18, mars 1992, pp 80-86.

Sorignet E., « Etre danseuse contemporaine : une carrière « corps et âme », *Travail, genre et sociétés*, n°12, novembre 2004, pp 33-52.

Steudler F., « Hôpital, profession médicale et politique hospitalière », *Revue française de sociologie*, n° spécial, 1973.

Strauss A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis et présentés par Baszanger I., Paris, L'Harmattan, 1992a.

Strauss A., *Miroirs et masques. Une initiation à l'interactionnisme*, Paris, Métailié, (1992b).

Sullerot E. (dir.), *Le fait féminin*, Paris, Fayard, 1988.

Sullerot E., *Pilule, sexe, ADN : 3 révolutions qui ont bouleversé la famille*, Paris, Fayard, 2006.

Sztalryd J.M., *L'intime civilisé. Sexualité privée et intérêt public*, Paris, L'harmattan, 1994.

Testenoire A., « Les carrières féminines : contingence ou projet ? », *Travail, genre et sociétés*, n°5, 2001, pp 117-133.

Thévenot J., *Les catégories socio-professionnelles*, Paris, La découverte, Repères, 1988.

Thomasset C., *Sexualité et savoir médical au moyen-âge*, Paris, PUF, Les chemins de l'histoire, 1985.

Vallabregue C., *La pilule et après ? Deux générations face au contrôle des naissances*, Paris, Stock, 1996.

Vassy C., Bosli P., « La secrétaire médicale, simple exécutante ou pivot de l'équipe hospitalière », *Gestions hospitalières*, 373, 1998, pp 120-128.

Vaysse J., « Organisation de l'espace hospitalier et interaction de soins », in Cosnier J., Grosjean M., Lacoste M. (dir.), *Soins et communication : approche interactionniste des relations de soins*, Lyon, PUL, 1993, pp 199-220.

Vega A., « Initiation et apprentissage à l'hôpital. Comment devient-on infirmière ? » *Cahiers de sociologie économique et culturelle*, n°29, juin 1998.

Vega A., *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier* Paris, Ed. Archives contemporaines, 2000.

Verdier Y., *Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière*, Paris, Gallimard, 1979.

Vigarello G., *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain*, Paris, Seuil, 1993.

Vigarello G., « Jalons pour une histoire de la prévention », *Agora*, n°30, 1994, pp 27-36.

Vigarello G., *Histoire du viol. XVI-XXèmes siècles*, Paris, Seuil, Points-Histoire, 1998.

Vigarello G., *Histoire de la beauté. Le corps et l'art d'embellir de la Renaissance à nos jours*, Paris, Seuil, 2004.

Vilaine A-M., *Maternité en mouvement. Les femmes, la reproduction et les hommes de sciences*, Presses universitaires de Grenoble, 1986.

Vinel V., « La ménopause. Instabilité des affects et des pratiques en France », in Héritier F. et Xanthakou M. (dir.) *Corps et affects*, Paris, O. Jacob, 2004, pp 221-236.

Warner M., *Seule entre toutes les femmes. Mythe et culte de la vierge Marie*, Paris, Ed. Rivages, 1989.

Weber F., *Le travail à côté. Etude d'éthnographie ouvrière*, Paris, 1989.

Welzer-Lang D., « L'échangisme : une multisexualité commerciale à forte domination masculine », *Sociétés contemporaines*, n°41/42, 2001, pp111-131.

Welzer-Lang D., *Les faits du logis*, Lyon, Aléas, 1994.

Winaver D., « Les difficultés de l'examen clinique du sein », *Revue de médecine psychosomatique*, n°21-22, 1990.

Zani B., « Les adolescents face à la sexualité et à la contraception : croyances, expériences, valeurs », in H. Maluska-Peyre, P. Tap (dir.) *La socialisation de l'enfance à l'adolescence*, Paris, PUF, 1991, pp 327-352.

Annexes

Annexe 1

Les gynécologues

Dr A., femme de 36 ans, célibataire, d'origine algérienne. Lieu d'exercice : PMI.

Dr B., femme, 50 ans, mariée, conjoint médecin généraliste, cinq enfants. Lieux d'exercice : cabinet libéral et centre hospitalier (hôpital A.).

Dr C., femme, 47 ans, mariée, conjoint médecin généraliste, trois enfants. Lieu d'exercice : cabinet libéral.

Dr D., homme, 57 ans, divorcé, gynécologue obstétricien. Lieu d'exercice : centre hospitalier (hôpital A.).

Dr E., homme, 38 ans, marié, conjointe cadre A de la fonction publique. Lieu d'exercice : PMI et cabinet libéral.

Dr F., homme, 57 ans, marié, chirurgien gynécologue. Lieu d'exercice : centre hospitalier (hôpital B.).

Dr G., femme, 52 ans, mariée, trois enfants. Lieux d'exercice : cabinet libéral et centre hospitalier (hôpital A.).

Dr H., femme, 54 ans, mariée, conjoint médecin généraliste, trois enfants. Lieux d'exercice : cabinet libéral et centre hospitalier (hôpital A.).

Dr I., femme, 50 ans, marié, conjoint chercheur au CNRS, deux enfants. Lieu d'exercice : centre hospitalier (hôpital B.).

Dr J., femme, 54 ans, divorcée, deux enfants. Lieux d'exercice : cabinet libéral et centre hospitalier.

Dr K., femme, 49 ans, mariée, conjoint médecin généraliste, deux enfants. Lieux d'exercice : cabinet libéral et centre hospitalier (hôpital B.).

Dr L., femme, quarantaine, sans enfant. Lieu d'exercice : cabinet libéral.

Dr M., homme, 53 ans, marié, chirurgien gynécologue. Lieu d'exercice : centre hospitalier (hôpital A).

Dr N., femme, quarantaine. Lieu d'exercice : centre hospitalier (hôpital B).

Dr O., femme, quarantaine, coordinatrice gynécologie Conseil Général.

Annexe 2

Les femmes

Amélie, 27 ans, en concubinage, étudiante

Audrey, 23 ans, étudiante, mère enseignante, père ingénieur

Camille, 48 ans, célibataire, trois enfants, comédienne

Caroline, 44 ans, mariée, trois enfants, enseignante, conjoint enseignant

Catherine, 38 ans, célibataire, vendeuse en boulangerie

Cécile, 22 ans, étudiante, mère secrétaire, père technicien

Claudine, 48 ans, mariée, un enfant, femme au foyer, conjoint commercial

Clémence, 23 ans, célibataire, vendeuse habillement

Colette, 70 ans, veuve, infirmière retraitée

Corinne, 37 ans, mariée, deux enfants, employée de banque, conjoint technicien

Estelle, 39 ans, mariée, deux enfants, télévendeuse, conjoint commercial

Eugénie, 27 ans, célibataire, télévendeuse

Evelyne, 45 ans, divorcée, un enfant, enseignante

Ingrid, 28 ans, en concubinage, Directrice de production (films documentaires)

Isabelle, 27 ans, mariée, télévendeuse, diplômée d'une école de commerce, conjoint ingénieur

Jacqueline, 55 ans, mariée, deux enfants, sans profession, conjoint ingénieur retraité

Josette, 59 ans, divorcée deux fois, deux enfants, ouvrière d'Etat

Juliette, 35 ans, mariée, trois enfants, directrice marketing, conjoint ingénieur

Karen, 40 ans, mariée, deux enfants, comptable, conjoint Directeur d'une Mutuelle

Katia, 43 ans, célibataire, télévendeuse

Linda, 38 ans, finlandaise, arrivée en France en 1984, mariée deux enfants, formatrice marketing-vente, conjoint ingénieur

Marie, 32 ans, mariée, deux enfants, télévendeuse, conjoint employé

Martine, 40 ans, mariée, trois enfants, enseignante, conjoint ingénieur

Natacha, 45 ans, célibataire, polonaise arrivée en France en 1996, étudiante en droit international

Odette, 63 ans, mariée, retraitée, deux enfants

Pascale, 35 ans, enseignante

Sophie, 44 ans, mariée, deux enfants, enseignante, conjoint journaliste

Sylvie, 29 ans, en concubinage, attachée de Conservation de Musée

Annexe 3

Questionnaire

Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre d'une thèse en sociologie sur le rapport des femmes à la gynécologie. En acceptant d'y répondre vous contribuerez à cette recherche.

Etat civil

Date de naissance : Lieu de naissance :

Situation familiale : ☐ célibataire ☐ mariée ☐ union libre ☐ divorcée ☐ veuve

Profession :

Nombre de grossesses : Nombre d'enfants :

Age des enfants :

Suivi gynécologique

A quel âge avez consulté un gynécologue pour la première fois ?

Pour quel motif ?

Consultez-vous toujours le ou la même gynécologue ? ☐ Oui ☐ Non

Si Non, pourquoi ?

Combien en avez-vous déjà consulté ?

Pourquoi avez-vous choisi ce lieu de consultation ?

Quelle est la fréquence de vos consultations ?

La contraception

Utilisez-vous une contraception ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ? ☐ Pilule ☐ Stérilet ☐ Préservatif

☐ Autre (précisez)

Depuis combien de temps ?.....

En avez-vous déjà utilisé d'autres ? ☐ Oui ☐ Non

Lesquelles ?.....

Continuez au verso

La consultation

Qu'attendez-vous de la consultation gynécologique en général ?

.....
.....
.....
.....

Etes-vous satisfaite de la consultation ? ☐ Oui ☐ Non

Pourquoi ?.....
.....
.....

Préférez-vous un gynécologue ☐ homme ☐ femme

Pourquoi ?.....
.....

Acceptez-vous de m'accorder un entretien sur ces questions ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de me laisser vos coordonnées afin que je puisse vous contacter :

Nom :

Téléphone :

Je vous remercie vivement pour votre collaboration

Laurence Guyard (Doctorante en sociologie, université de Paris X, associée au CRESP)