

LES FEMMES,  
LEURS SOINS,  
LEURS MÉDECINS

---

L'Université des Femmes est une organisation d'éducation permanente soutenue pour ses activités par la Fédération Wallonie-Bruxelles.



**[www.universitedesfemmes.be](http://www.universitedesfemmes.be)**

Maquette et mise en page : Luisa Soriano et Isabelle Van Campenhout

© Université des Femmes  
10 rue du Méridien  
1210 Bruxelles  
ISBN : 2-87288-052-6  
D/2018/5493/53

Toute reproduction quelconque de cet ouvrage, par quelque procédé que ce soit, est interdite sans l'autorisation de l'éditeur.

LES FEMMES,  
LEURS SOINS,  
LEURS MÉDECINS

Coordonné par  
Isabelle ALGRAIN

---



*Collection Pensées féministes*

# Introduction

*Isabelle Algrain*

Cet ouvrage, regroupant certains des textes présentés lors du séminaire de formation de l'Université des Femmes « Les femmes, leurs soins, leurs médecins » en 2014-2015, est parti du constat que la médecine se féminise aujourd'hui. Ou plutôt s'agit-il du retour des femmes dans le champ médical puisque ces dernières ont pendant longtemps été dépositaires de savoirs traditionnels transmis oralement. Tandis que les sorcières et les rebouteuses étaient exterminées et leurs connaissances médicales passées à la trappe par le pouvoir masculin, les hommes ont réquisitionné la médecine dans des aspects technicistes, les « petits » soins – incluant le relationnel – étant laissés aux femmes.

Car la médecine a toujours été à deux vitesses et ce, depuis l'Antiquité. D'un côté, un corps masculin qui constitue la norme, de l'autre, un corps féminin souvent vu comme pathologique et hors norme. Et c'est bien parce que le corps masculin est la norme de référence qu'existe le besoin d'une discipline qui ne traite que du corps féminin, la gynécologie.

Cette différence de traitement entre les corps, traduisant des rapports de domination, trouve sa source dans la médecine antique. Les différences biologiques entre les hommes et les femmes ont été un objet d'étude pour de nombreux philosophes et médecins antiques. Ces deux professions, difficilement distinguables dans leur approche des modes de fonctionnement des corps féminin et masculin, ont abordé la question de ces fonctionnements d'une même manière<sup>1</sup>. La vision dichotomique des philosophes et médecins grecs du monde antique oppose mâle/femelle, droite/gauche, clair/sombre, bon/mauvais, chaud/froid, sec/humide, solide/poreux, imperméable/perméable... sachant que ces oppositions marquent une hiérarchie : les idées connotées positivement sont associées aux hommes tandis que celles qui sont connotées négativement sont associées aux femmes<sup>2</sup>.

Les différences biologiques entre femmes et hommes induisent de fait une hiérarchie et illustrent ainsi la valence différentielle des sexes telle qu'elle a été définie par l'anthropologue Françoise Héritier : « La valence différen-

tielle des sexes traduit la place différente qui est faite universellement aux deux sexes sur une table des valeurs, et signe la dominance du principe masculin sur le principe féminin. Le rapport homme/femme est construit sur le même modèle que le rapport parents/enfants, que le rapport aîné/cadet, et plus généralement, que le rapport antérieur/postérieur, l'antériorité signifiant la supériorité» (Héritier, 1996 : 127).

D'Aristote à Galien (médecin grec du II<sup>e</sup> siècle ap. J.-C.), de nombreux auteurs cherchent à expliquer la différence entre les femmes et les hommes et à naturaliser le statut prétendument inférieur des femmes. Par exemple, Aristote dit de la reproduction : « On peut conclure en outre que la femelle ne concourt pas à la génération de la même manière que le mâle ; le mâle donne le principe du mouvement, tandis que la femelle donne la matière, c'est justement pour cela que la femelle ne peut à elle seule engendrer quoi que ce soit ; il lui faut absolument un principe extérieur et un être qui produise le mouvement et qui détermine l'espèce essentielle de l'être produit »<sup>3</sup>. Aristote réaffirme à plusieurs reprises l'importance de l'homme dans la génération en faisant par exemple des relations sexuelles entre époux l'élément déclencheur de l'accouchement<sup>4</sup>. Il n'est pas étonnant que cette théorie soit dominante puisque la déesse tutélaire d'Athènes est elle-même née sans père, sortie armée et casquée du crâne de Zeus. Eschyle, dans les *Euménides*, fait ainsi dire à Apollon :

« Ce n'est pas la mère qui engendre celui qu'on nomme son fils ; elle n'est que la nourrice du germe récent. C'est celui qui agit qui engendre. La mère reçoit ce germe, et elle le conserve, s'il plaît aux dieux. Voici la preuve de mes paroles : on peut être père sans qu'il y ait de mère. La fille de Zeus Olympien m'en est ici témoin. Elle n'a point été nourrie dans les ténèbres de la matrice, car aucune déesse n'aurait pu produire un tel enfant<sup>5</sup>. »

Platon fait figure d'exception puisque ses textes ne font pas de différences entre le statut biologique des femmes et des hommes, ni entre les vertus dont ils sont dotés (Smith, 1983). En dépit des théories platoniciennes et selon la théorie des humeurs, la médecine hippocratique considère que le corps masculin est chaud et sec et que le corps féminin est froid et humide. Un déséquilibre de l'humidité (trop ou trop peu) est souvent la cause première des maladies. La surabondance de chaud fait de l'homme un être parfait tandis que le manque de chaleur empêche les organes génitaux de la femme de descendre, la condamnant à rester un être imparfait. Les traités sur les maladies des femmes et des jeunes filles font du corps féminin un corps malade, plus facilement sujet aux dérèglements que le corps masculin (Dorlin, 2006 : 20-21, 35-37). La déconnexion avec le sujet féminin et tout type d'examen médical est prégnante chez Aristote pour qui les femmes sont inférieures aux hommes<sup>6</sup>, assertion basée, par exemple, sur le fait que les femmes auraient moins de dents<sup>7</sup> que les hommes – ou qu'une

femme réglée noircirait les miroirs<sup>8</sup>... Les maladies masculines comme la gonorrhée, définie comme l'excrétion involontaire de sperme, sont honteuses car elles dévirilisent l'homme et rendent son corps semblable à celui d'une femme<sup>9</sup>.

Différentes théories expliquent les mécanismes du corps à l'œuvre dans la génération mais c'est celle de Galien qui aura la plus grande pérennité et qui sera en usage jusqu'au XVII<sup>e</sup> siècle. Galien explique la nécessité de la reproduction par un échec de l'œuvre démiurgique visant l'immortalité (Foucault, 1984 : 127-129). Dans la lignée des auteurs de textes médicaux et philosophiques, il tend à considérer que la femme et l'homme sont isomorphiques, c'est-à-dire en tous points identiques sur le plan anatomique, y compris au niveau des organes génitaux. Ces derniers se trouvent en position inversée, à l'extérieur pour les hommes et à l'intérieur du corps pour les femmes. L'isomorphisme est tel que le vocabulaire utilisé pour désigner les ovaires est le même que pour les testicules (Laqueur, 1992 : 31).

De telles fondations, aux racines si profondes, ont forcément eu un impact majeur sur la médecine moderne, sur les relations aux patient·e·s et sur les soins à leur apporter. Est-ce que l'histoire suffit à expliquer la dissymétrie de traitement, de soin, d'accès aux traitements et aux médicaments dans nos sociétés modernes ? Probablement pas, car les rapports de domination, quel que soit le domaine dans lequel ils s'exercent, sont protéiformes, se réinventent et se recréent à l'infini. Mais l'histoire donne un cadre de référence et une légitimité à des théories qui ne sont remises en cause que depuis peu de temps, à l'échelle de l'histoire humaine.

On observe donc que la discipline médicale progresse, mais dans quel sens ? Existe-t-il un changement dans l'écoute des patient·e·s, une désacralisation de la fonction ? Comment les modèles de soins sont-ils construits et sur base de quels besoins ? Comment les médecins accueillent-ils/elles les problématiques sociales qui forment le contexte de vie de tant de femmes, qu'il s'agisse des violences qu'elles subissent (conjugales, sexuelles) ou encore de leur désir d'autonomie en matière de gestion de la reproduction ?

Ce volume explore, à la lumière des rapports sociaux de sexe, divers champs des soins (physiques, psychologiques, etc.) et la manière dont les femmes les présentent, les reçoivent mais également dont les hommes continuent de conserver les savoirs dits prestigieux au sein de la branche. Nous nous pencherons sur des questions incontournables dès lors qu'est interrogée la construction de la médecine et des soins comme sciences sexuées. Différents débats peuvent émerger des questionnements des femmes sur la problématique : comment fonctionne la médecine et est-elle neutre du point de vue du traitement des patient·e·s ? Que penser d'une construction de la médecine privilégiant l'approche à partir du

corps plutôt que l'approche sociale ? L'aspiration à et l'utilisation de nouvelles méthodes ou de médecines alternatives afin de développer un système de santé différent constituent-elles une voie à explorer pour plus de démocratie dans le rapport soigné/soignant ? Quelle est l'évolution des croyances en matière de santé tant chez les pourvoyeurs que chez les récepteurs de soin ? Et quel rôle joue dans cette problématique l'évolution des technologies ? Quelles pistes observer et proposer pour un changement dans l'organisation du travail médical et les rapports (pouvoir, séduction, sexualisation) patient·e·s/soignant·e·s ?

À partir des constats posés, sur et par les femmes, sur la manière dont la médecine se saisit ou non de leurs problématiques et de leur corps sexué, le but sera de permettre une meilleure médecine, et une plus grande assertion des femmes par rapport à des situations dans lesquelles elles disent se sentir infantilisées et mal traitées, violentées parfois. Le fait de repenser le rapport à la médecine invite également à ce que l'égalité dans la pratique puisse être recomposée non pas à partir d'un standard masculin mais bien à partir d'un standard plus neutre, qui intègre les vécus des femmes ainsi qu'une relation plus égalitaire entre les soignants et les soignées, entre les soignantes et les soignés. Les contributions de cet ouvrage interrogeront donc nombreuses de ces questions.

Dans son article, Nahema Hanafi retrace le parcours de vie des femmes des Lumières tel qu'il est décrit dans leur correspondance privée. Ces écrits ne laissent bien sûr apparaître que les femmes les plus nanties et cultivées mais ont le mérite de donner la parole à une partie des femmes de cette période. Les descriptions données du début des menstruations, de leur poursuite, problématique ou non, et de l'entrée dans la ménopause, permettent de mieux comprendre les conceptions liées aux différents âges de la femme à cette époque et la manière dont ces âges sont envisagés dans le contexte social aisé.

Les deux articles suivants traitent des disparités femmes/hommes dans le contexte médical, que ce soit dans la manière générale dont est abordée le corps féminin par les médecins ou par l'accès discriminant à certaines pratiques médicales. Isabelle Jacquet explique ainsi que le corps masculin a de tous temps été la norme en matière médicale, ce qui a posé de nombreux problèmes dans les soins dispensés aux femmes. À l'aide de quelques exemples bien choisis, elle démontre qu'aujourd'hui encore, l'adulte masculin est la référence de base et que toute personne s'éloignant de cette référence par l'âge ou le sexe ne bénéficiera pas des mêmes soins et des mêmes traitements. Ainsi, les symptômes de crise cardiaque sont moins facilement dépistés chez la femme car, dans l'imaginaire collectif, il s'agit d'une maladie masculine. Autre exemple, le traitement par trithérapie donné

aux patientes atteintes du VIH a longtemps été calculé sur base des taux de charge virale masculins, en moyenne deux fois plus élevés, et ces femmes ont donc pâti d'une prise en charge trop tardive.

Manon Vialle étudie l'assistance médicale à la procréation et l'asymétrie d'accès à ces techniques pour les femmes et les hommes. Les premières sont, en effet, traitées jusqu'à l'âge moyen de 40 ans, un âge qui est calculé en fonction de la réserve ovarienne féminine qui s'épuise généralement à cette date et donc sur des considérations « naturelles ». Les seconds sont pris en charge jusqu'à l'âge moyen de 60 ans, à partir duquel ils ne sont plus considérés comme étant capables d'assurer l'éducation et le futur de leurs enfants. L'article explore ces disparités et questionne la vision « naturaliste » appliquée aux femmes et la vision « éducative », « culturelle » appliquée aux hommes.

Le travail de Manon Louvrier explore les attentes et les contraintes assujetties au corps des femmes lorsqu'elles choisissent d'être mère ou non, lors de la grossesse, de l'accouchement et à l'arrivée d'un enfant. Il mentionne les violences obstétricales en tant que forme d'expression de la domination masculine.

L'article de Laurent Vogel envisage la problématique de la santé dans le contexte du travail. Après avoir précisé les ségrégations professionnelles auxquelles les femmes et les hommes sont exposés, il montre notamment que les atteintes à la santé dans le cadre du travail rémunéré ou domestique ne sont pas les mêmes pour les femmes et pour les hommes. Par exemple, les femmes s'exposent à des risques d'accidents dans le cadre du travail domestique non rémunéré. Les stéréotypes liés aux métiers influent également sur la représentation que l'on se fait de la pénibilité et des risques inhérents à certaines professions. La prévention, à l'exception de certaines professions comme celle d'infirmière, s'accomplit essentiellement dans le cadre des métiers fortement masculinisés.

Judith Trinquart évoque la santé des femmes en situation de prostitution et leur prise en charge. Elle examine en premier lieu le phénomène de décorporalisation, de détachement du corps chez les prostituées, qui aboutit à un seuil de tolérance à la douleur plus élevé que la moyenne. Ce phénomène peut avoir des conséquences graves sur leur santé car les signaux de douleur et de maladie sont moins bien perçus. Elle replace ensuite la prostitution dans le continuum des violences faites aux femmes. En effet, dans une écrasante majorité des cas, les prostituées ont été victimes d'incestes, de viols ou d'autres formes de violences sexuelles avant d'entrer dans la prostitution où ces violences se poursuivent, entraînées par la mémoire traumatique, et les conséquences physiques et psychologiques les marquent fortement après l'arrêt de l'activité prostitutionnelle.



Nadine Kacenelenbogen évoque la relation complexe qui s'établit entre médecin de famille et patient·e, ainsi que ses enjeux. Étant en première ligne, la/le médecin de famille établit une relation sur la durée avec ses patient·e·s et se retrouve confronté·e directement à des cas de violences intrafamiliales qu'elle/il identifie parfois difficilement. L'article donne ainsi des pistes et des stratégies qui permettent aux praticien·ne·s d'identifier ces violences.

Le volume se termine par les contributions d'associations qui visent à et encouragent une meilleure prise en charge des femmes par le monde médical, notamment en ce qui concerne les violences exercées par les membres du corps médical, ou l'accès aux informations sur les infections sexuellement transmissibles dans certaines communautés.

Ainsi, l'article de Marilyn Baldeck s'attache à détailler et à exemplifier les violences d'ordre sexuel commises par des professionnels de la santé envers les autres membres du personnel, les étudiant·e·s et les patient·e·s. Elle met également en évidence les mécanismes utilisés par les agresseurs afin de profiter de leurs victimes ainsi que pour les disqualifier lorsque ces dernières portent plainte. La contribution d'Alicia Arbid et de Khadija Ounchif met quant à elle en avant les difficultés et les obstacles qu'il a fallu surmonter avant de pouvoir informer et faire de la prévention concernant les infections sexuellement transmissibles dans les communautés du monde arabe et l'action de l'association AWSA-Be.

Le témoignage de Frédérique Herbignaux retrace son parcours personnel de psychiatrisation. Il met en évidence les dysfonctionnements propres aux institutions psychiatriques, notamment dans leur traitement des femmes. La domination masculine présente dans les institutions totalitaires telles que celle-ci s'exerce par différents biais ainsi que par différents acteurs et actrices. L'auteure met en évidence les risques qu'encourent les femmes à se faire soigner dans de telles institutions qui risquent de reproduire les violences et les comportements du monde extérieur.

## Notes

- 1 Parker 2012, p. 108-109. Plutarque rappelle bien que la philosophie et la médecine s'occupent d'un seul et même domaine (*De tuenda sanitate praecepta*, 122°) cf. Foucault 1984, p. 69-70, 121-122.
- 2 Parker 2012, p. 107-108. Par exemple, la droite du corps étant plus chaude que la gauche, Galien considère que c'est là que se forment les garçons cf. Foucault 1984, p. 130 (Galien, *De l'utilité des parties du corps humain*, XIV, 7).
- 3 Aristote, *De la génération des animaux*, I, 15, 730b.
- 4 Aristote, *Histoire des animaux*, 584a 30-1.
- 5 Eschyle, *Les Euménides*, 657 sq.
- 6 Aristote, *Parties des animaux*, II, 2, 648a9-18.
- 7 Aristote, *Histoire des animaux*, 501b19.
- 8 Aristote, *Petits traités d'histoire naturelle*, 459b-60a.
- 9 Arétée, *Des signes des maladies chroniques*, II, 5.

## Bibliographie

- FOUCAULT, M., *Histoire de la sexualité 3. Le souci de soi*, Paris : Gallimard, 1984.
- HERITIER, F., *Masculin/Féminin I. La pensée de la différence*, Paris : Odile Jacob Poches, 1996.
- LAQUEUR, T., *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, Traduction de M. Gautier, Paris : Folio essais, 1992 = T. Laqueur, *Making Sex. Body and Gender from the Greeks to Freud*, Cambridge (Mass.)-Londres, 1990.
- PARKER, H., Women and Medicine, in JAMES, S.L. et DILLON, S., *A Companion to Women in the Ancient World*, Oxford : Wiley-Blackwell, 2012, p. 107-124.
- SMITH, N.D., Plato and Aristotle on the Nature of Women, *Journal of the History of Philosophy* 21/4, 1983, p. 467-478.

## **Regards croisés sur le corps des femmes. Discours médicaux et expériences féminines au siècle des Lumières : le cas du sang menstruel**

*Nahema Hanafi*

Le corps des femmes au siècle des Lumières fait l'objet de nombreux discours, qu'ils soient théologiques, philosophiques, juridiques ou médicaux. Leur portée normative a été soulignée par les historien.ne.s qui ont mis en lumière, dans le cas des discours scientifiques plus particulièrement, leur incidence dans la construction de la notion de sexe et de différence sexuelle<sup>1</sup>. Les différentes théories médicales ont dès lors été considérées comme des (re)productrices de normes socio-culturelles, tout comme on a étudié leur capacité à justifier ou expliquer par le biologique – le « naturel » – les processus de distinction sexuelle et les rôles sociaux sexués. L'interdiction faite aux femmes d'exercer les professions médicales officielles, et plus largement leur exclusion du monde savant à la fin de l'époque moderne, confortent d'ailleurs l'idée de savoirs scientifiques produits dans un entre-soi masculin peu enclin à exercer un retour réflexif sur ses propres catégories de pensée.

Ainsi, les théories médicales ont-elles fait l'objet, depuis les années 1970 surtout, de nombreuses études historiques : le corps, la reproduction et la sexualité constituent des rouages essentiels des dynamiques de hiérarchisation et de domination liées au genre. Plus rares sont les études qui se sont penchées sur la réception de ces discours par les femmes elles-mêmes ; les sources manquent souvent face à l'abondance et la facilité d'accès des ouvrages médicaux. La question de l'intériorisation par les femmes des modèles anatomiques et physiologiques construits par les discours scientifiques mérite pourtant d'être posée. Quels sont les phénomènes d'appropriation, de réadaptation ou de rejet des discours médicaux ? Que disent-ils de la capacité des femmes à composer une image d'elles-mêmes et de leur corps pour modeler leur existence et leur quotidien ?

L'exploration patiente des écrits du for privé (correspondances épistolaires, journaux intimes, mémoires et livres de raison) et des consultations épistolaires (lettres envoyées à un médecin dans l'attente d'un diagnostic) rédigés par des femmes invite à se saisir de ces questionnements<sup>2</sup>. En recourant à ces documents, on se limite bien sûr aux femmes des milieux les plus aisés, à celles qui savaient lire et écrire, et avaient les moyens d'entretenir une correspondance. Mais on privilégie ainsi des discours « de » femmes et non « sur » les femmes, autorisant à faire de fructueuses comparaisons entre regards médicaux et féminins. Ces écrits n'ont pas la même portée, ni les mêmes ambitions que les traités scientifiques, ils ressortent de l'intime, du domaine de l'expérience et de la narration de soi. Ils sont aussi bien des instruments de communication, des supports de réflexion, que des constructions littéraires répondant à certains codes qui modèlent profondément leur contenu et la manière dont les événements sont rapportés. Bien souvent, les plumes féminines tracent les contours du dicible, des marges de la pudeur, face à des récits touchant à la sexualité ou aux « parties honteuses ».

Toutefois, le corps est omniprésent dans ces écrits qu'il soit paré, soigné, contraint, nourri... Un choix s'impose donc : le thème du sang menstruel, humeur intrigante considérée avec autant de fascination que de dégoût, peut servir de fil rouge. Il constitue, effectivement, un des marqueurs essentiels de la différenciation sexuelle, même si certains hommes passent pour avoir des règles (Stolberg, 2005 ; Pomata, 2001). Les historiens l'ont souvent écarté, si ce n'est pour évoquer les croyances sur ses pouvoirs maléfiques et les interdits qu'il présuppose. Récemment, Cathy McClive a proposé une lecture médicale du sang menstruel et a souligné l'intérêt des médecins pour cette « vidange » naturelle et salubre à des femmes jugées pléthoriques (McClive, 2004 ; 2010a). Qu'en est-il des perceptions féminines ? Quels liens tissent-elles entre les menstrues, la santé, la sexualité et les âges du corps ?

### **Une humeur singulière : la santé et la vie**

Dans les récits profanes féminins, le sang est mentionné au même titre que les autres humeurs du corps ; les menstrues, mais aussi les crachements, vomissements, excréments et urines fournissent maintes occasions de l'observer, tout comme les saignées. Les femmes regardent sa couleur – variant du rouge le plus pur au noir douteux –, notent sa consistance – fluide ou épaisse et parfois glaireuse –, dépeignent également ses mouvements par sa circulation ou sa stagnation à l'intérieur du corps. Une foule de qualificatifs accompagne les descriptions ; le sang est allumé, agité, appauvri, desséché, effervescent, fouetté ; il bouillonne ou se glace.

Le sang menstruel, en particulier, se fait discret dans les correspondances privées ou les journaux intimes, tandis qu'il est primordial dans l'énonciation de la maladie au sein des consultations épistolaires. Les scriptrices y évoquent leurs premières règles, leur cycle menstruel et ses variations, ainsi que la « cessation des menstrues » ou ménopause. Il est d'usage de notifier, en plus de l'ensemble des états pathologiques ou sains, la fréquence, la régularité et la qualité des règles. Toutefois, d'autres épistolières ne les mentionnent pas car elles considèrent sans peine leur santé en dehors de cette purgation naturelle. Si les langues se délient plus facilement dans l'urgence thérapeutique et par la consultation à distance, certaines ont aussi pu se sentir gênées. Les épistolières usent d'ailleurs de périphrases pour ménager leur pudeur. Elles narrent leurs « *maladies périodiques* », « *époques* », « *ordinaires* », « *règles* » ou « *écoulements périodiques* », d'autres décrivent les « *évacuations du sexe* », le « *temps réglé* », les « *temps critiques* », l'« *indisposition de femme* », les « *évacuations auxquelles les femmes sont sujettes* » ou font appel à la sagacité du médecin : « *J'ai toujours eu du retard*<sup>3</sup> ».

Caché ou raconté, le cycle menstruel demeure essentiel dans l'appréhension du corps sain et pathologique. Il régule la santé des femmes et modèle leur statut ; les premières règles les rendent aptes à l'enfantement, la ménopause les fait basculer du côté de l'infertilité et de la vieillesse, les invitant à reconfigurer leurs rôles en société. Ainsi peut-on suivre, à partir des « époques », les différentes étapes de la vie des femmes, des premières menstrues à leur disparition, en reliant leur « physiologie sanguine » à leurs prérogatives sociales.

*« Je fus réglée à l'âge où on doit l'être » : les premières règles*

Le sang menstruel symbolise la vie lorsqu'il apparaît, il fait entrer les jeunes femmes dans l'âge fécond, celui du mariage. À jamais, l'enfance s'éloigne. Les premières règles imposent une habitude : observer encore et encore les évacuations régulières pour s'assurer de sa santé et de son état. Retards, suppression et pertes abondantes sont le lot commun des femmes du XVIII<sup>e</sup> siècle scrutant avec anxiété ce cycle si important à leurs yeux et à ceux des médecins.

Les premières règles constituent un événement majeur dans la vie des femmes de l'Ancien Régime. Elles sont appréhendées différemment en fonction des explications qui ont été fournies aux jeunes filles de bonne famille. Certaines sont informées de leur survenue par une femme de leur entourage, d'autres laissées dans l'ignorance. La menstruation étant au cœur de la régulation de la santé féminine, tout porte à penser que la plupart des filles ont eu l'occasion d'entendre parler de ces écoulements de sang mensuels, avant qu'un voile pudique masque les menstrues du siècle

suivant. Rien ne permet néanmoins d'affirmer qu'elles aient vécu cette étape sereinement. Dans tous les cas, l'apparition des règles fait rarement l'objet d'une annonce écrite ; même les journaux intimes des adolescentes ne spécifient pas cet événement.

En public ou face au médecin, certaines taisent leurs règles par « timidité<sup>4</sup> », moins assurées que leurs mères. Au sein des quelques écrits laissés par les jeunes filles, les témoignages sur les menstruations adolescentes sont peu courants. Philip Rieder a révélé l'application d'Angletine Charrière, notant dans un carnet la périodicité de ses règles (Rieder, 2010 : 378). À partir de 16 ans, elle rédige plus régulièrement son journal commencé cinq ans plus tôt, en 1781<sup>5</sup>. Entre les récits sur sa vie quotidienne, les maux rencontrés par la parenté, ainsi que ses joies et ses peines, elle marque d'une croix le jour d'arrivée de ses règles, mais seulement à partir de 18 ans. Parfois, elle précise même le moment où elles sont arrivées : « le matin », « la veille au soir » ou « le soir ». Angletine prend ainsi l'habitude de surveiller son cycle menstruel. Encore célibataire, elle souhaite s'assurer de l'évacuation des humeurs superflues et parer aux opilations et obstructions<sup>6</sup>.

Les jeunes épouses, telle la Versaillaise Angélique de Bombelles, de huit ans sa cadette, portent aussi une grande attention à leurs règles. En mars 1778, deux mois après son mariage avec Marc de Bombelles, Angélique n'a que 16 ans et lui apprend qu'elle n'est pas enceinte, car elles sont réapparues<sup>7</sup>. La génération reste encore enveloppée de mystères, mais nombre de femmes savent qu'il existe un lien entre la cessation des menstrues et la grossesse. Cathy McClive a toutefois insisté sur les difficultés qu'elles rencontrent pour s'assurer de leur gravidité (McClive, 2002)<sup>8</sup>. Ne sachant comment interpréter les retards de ses « époques », elle sollicite à plusieurs reprises son mari et sa mère. Celle-ci évoque « une révolution » à venir, indiquant que les modifications du cycle menstruel de sa fille, encore irrégulier, augurent d'une future maternité<sup>9</sup>. Angélique n'a de cesse d'observer ses « époques », annonçant des maux souvent liés à la gravidité : « mal au cœur<sup>10</sup> » et autres « soupçons de grossesse<sup>11</sup> ». Elle est en définitive plus perdue qu'autre chose, et aussi intriguée que les médecins face au récit d'une femme lui assurant « qu'elle avait eu une perte dans le commencement de sa grossesse<sup>12</sup> ». Tandis qu'Angletine Charrière reste insouciant, redoutant simplement les maux qui assaillent celles dont les menstrues irrégulières ne permettent pas encore une bonne évacuation des humeurs, les premières règles d'Angélique de Bombelles sont bien vite associées aux possibilités qu'elles annoncent : la vie conjugale et la fécondité.

Au-delà de ces rares témoignages, les premières règles constituent parfois l'entrée en matière des biographies médicales féminines, ne serait-ce qu'en quelques mots<sup>13</sup>. La comtesse de Beauharnois les mentionne au détour

de précisions sur les pâles couleurs qui cessent au début de son cycle, à 14 ans<sup>14</sup>. Il s'agit d'informer Samuel-Auguste Tissot plutôt que de revenir sur leur vécu. Certaines sont moins évasives : *« Je fus réglée à l'âge où on doit l'être. Les médecins me faisaient espérer une meilleure santé ; cependant, à chaque retour périodique, j'éprouvais des douleurs de colique ; il m'arriva aussi des pertes dans cette époque, et à différentes reprises, auxquelles j'attribuais la faiblesse, la maigreur et la toux, qui suivaient ces évacuations »*<sup>15</sup>, écrit Madame Ostervald. Les médecins estiment effectivement que l'apparition des règles peut entraîner un rééquilibrage de la santé. Pour la plupart des femmes, elles signifient en revanche de nouveaux troubles corporels. Une malade fait néanmoins état de la disparition de ses spasmes dans la matrice dès ses premières menstruations, ses nerfs ayant repris « une assiette tranquille<sup>16</sup> ».

Les patientes de Samuel-Auguste Tissot profitent de l'évocation de leurs premières règles pour notifier leur cycle menstruel. Madame Fol précise : *« À 14 ans, j'eus une pleurésie et inflammation de poitrine. Deux ans après, je fus réglée avec une abondance extrême, sans douleur que mes maux de tête. Cette abondance a toujours continué ; j'ai eu des pertes qui m'ont duré 10 à 12 jour, n'ayant que trois semaines d'intervalle »*<sup>17</sup>. Madame de Chanonier, dès les premières lignes de sa consultation, évoque à la fois le début et la fin de ses menstrues : *« À l'âge de 12 ans, j'ai été réglée jusqu'à près de 50 ans, sans ressentir dans les temps périodiques et celui qui le précède nulle espèce d'incommodité »*<sup>18</sup>.

Pour d'autres, l'exposé de la genèse des cycles menstruels est l'occasion d'entreprendre une longue et complexe narration de soi, tissée de liens enchevêtrés, de causes supposées sur fond de souffrances corporelles. Dans une lettre à son ami médecin Johann Zimmermann, Julie Bondeli livre « quelques éclaircissements » :

*« Avant que d'être réglée et depuis lors, je n'ai jamais eu le plus léger symptôme de pâles couleurs, la médiocrité des règles ne pouvait donc être attribuée aux obstructions, et chaque fois qu'on cherchait à me guérir de ce mal imaginaire, par les remèdes ordonnés en pareil cas, j'en payais la façon par quelques indispositions passagères, qui venaient régulièrement à la suite du succès des remèdes, qu'on était par parenthèse obligé d'employer plus d'une fois avant que de parvenir à déranger le plis de ma nature [...]. La quantité qu'on appelait trop peu, n'était positivement que médiocrité, et elle eut surement été nommée assez, si au lieu d'être repleète et vermeille, j'avais été pâle et maigre, au surplus mon teint avait les caractères de la fraîcheur, non ceux de l'échauffement. [...] Les ventouses et les fréquentes saignées amenèrent en 1757 [elle a alors 25 ans] non mes règles plus abondantes, mais une perte de dix-sept jours, et depuis*

*lors plus de santé, que dans les petits intervalles où mes règles retournent à leur première médiocrité, et toujours des petites répétitions de pertes qui sont mes avant-coureurs ordinaires de mes fréquentes indispositions*<sup>19</sup>».

De ses premières « époques » à ses maux actuels, Julie Bondeli fait ici un « portrait menstruel » éloquent, assez proche des descriptions détaillées des consultations épistolaires. Si les récits de jeunes filles manquent pour faire une histoire du vécu des premières menstrues, les femmes n'hésitent pas, en avançant en âge, à les évoquer pour signifier leurs troubles physiques. Dès leur apparition, elles surveillent les flux, les suppressions et les pertes susceptibles d'indiquer un dérèglement pathologique, et pourquoi pas, une grossesse.

*Retards, suppressions et pertes abondantes : la « marche » du sang menstruel*

Comme l'évacuation sanguine passe pour réguler la santé féminine, les règles sont presque inévitablement évoquées au cours de la relation thérapeutique. Dans plus de la moitié des consultations épistolaires envoyées par des femmes à Samuel-Auguste Tissot, l'état du cycle menstruel est précisé<sup>20</sup>. Dans le questionnaire de l'*Avis au peuple*, ce dernier les invite d'ailleurs à le décrire : « Questions relatives aux femmes : Est-elle réglée ? L'est-elle peu ou beaucoup ? L'est-elle régulièrement pour le temps et la quantité ? L'a-t-elle été les derniers mois comme à l'ordinaire ? A-t-elle ses règles ?<sup>21</sup> » Les patientes précisent alors leur cycle menstruel, son bon déroulement ou ses dérangements. Quand il est perturbé, elles avancent bien souvent une explication étiologique. Les causes des suppressions peuvent être multiples, mais les conséquences sont à leurs yeux dangereuses, reprenant à leur compte les récits alarmants des médecins sur les femmes pléthoriques.

L'incidence des « époques » sur la santé des femmes les autorise à s'en saisir pour peser sur leurs proches. Adélaïde Augé de Luzarche culpabilise ainsi son amant, Monsieur des Franches :

*« Tu m'as fait passer une jolie nuit ! Il valait bien mieux me dire que tu n'étais pas sûre de pouvoir revenir, j'aurai dormi tranquille et ne serais pas dans l'état où je suis. Tu m'avais tant assuré que tu reviendrais qu'à 2h après minuit, ne te trouvant pas auprès de moi je me suis mise mille idées plus noires les unes que les autres, puis la jalousie s'en est mêlée. Enfin, je suis devenue froide comme du marbre, mes règles se sont arrêtées, j'ai un étouffement d'estomac affreux. Je viens de prendre du vin et du suque, si rien ne parait, je me ferais saigner au pied ce matin. S'il ne t'est rien arrivé, vois quels reproches tu n'as pas à te faire<sup>22</sup> ».*

Nul ne conteste qu'un choc affectif puisse entraîner un dérèglement des menstrues. Julie Bondeli insiste, elle aussi, sur l'influence du moral dans une lettre au médecin Johann Zimmermann : « Un effet familial d'une pas-



*sion trompée est la suppression des règles, je ne sais pas le pourquoi ni le comment, mais je sais que la chose est vraie et du plus au moins je l'ai souvent vu répété<sup>23</sup>». Il permet aux femmes de solliciter des attentions spécifiques, sous prétexte de ne pas perturber leurs « époques ». En s'appropriant cette « faiblesse », elles la transforment en atout.*

Ces ménagements sont souvent le fait des maris qui veillent ainsi à préserver la santé de leur épouse. Marc de Bombelles, craignant de troubler celle d'Angélique, prend quelques précautions : « Je te conjure de m'informer bien exactement du temps où tu auras successivement tes règles jusqu'à ce que j'arrive à Versailles, pour que je combine, et ma marche, et ma descente chez toi de manière à ne pas t'exposer au moindre saisissement<sup>24</sup> ». Ces égards ne sauraient cependant concerner les femmes hypocondriaques abusant des menus privilèges qui leur sont accordés. Marc de Bombelles, si avenant et serviable avec sa jeune épouse, se montre bien moins clément envers sa sœur, dont il fait un portrait accablant :

*« Ce canapé reçoit le corps affaîssé d'une bégueule qui pleure depuis trois jours de ce que son beau sang ne descend pas. Son mari depuis hier, m'avertit de six heures en six heures de la marche de ce précieux sang. On prétend qu'il a passé les épaules, et que ce soir ou demain*

*Prenant enfin un cours plus ordinaire*

*À l'instant qu'il aboutira*

*La bonne humeur reparaitra*

*Et que d'un air plus débonnaire*

*Le prochain se regardera.*

*J'en ai mon ange, je te le répète, par-dessus, bien par-dessus les yeux. On n'est pas plus ridicule que cette mijaurée<sup>25</sup> ».*

Son récit rageur témoigne des attentions suscitées par les règles ; la caricature démontre également le ridicule de certaines femmes qui exploitent trop, à ses yeux, leurs effets sur la santé. Deux femmes sont opposées : l'une se sert des menstrues pour obtenir ce qu'elle souhaite, détournant, à l'image des vaporeuses, les représentations sur le corps féminin. L'autre paraît véritablement souffrir de l'étroite coïncidence de sa santé avec la « marche » de ses règles.

Or, dans la plupart des consultations épistolaires, les maux suscités par les « époques » prennent très clairement le pas sur les menus pouvoirs et attentions qu'elles sont susceptibles de procurer. Certaines ont des menstrues régulières, mais souffrent considérablement avant leur arrivée<sup>26</sup>. Généralement, les femmes se plaignent soit d'un excès de pertes, soit de leur suppression. Les flux continus et pléthoriques les affaiblissent terriblement. La comtesse

de Webel se désole de la grande irrégularité de ses règles depuis deux ans et demi : il est arrivé qu'elles durent 18 semaines, accompagnées de pertes de sang caillé et d'eau<sup>27</sup>. Les plus habiles médecins en perdent « leur savoir », elle utilise alors un « remède de paysan usité », mais conclut qu'il doit s'agir d'un « mal de famille » ; sa mère, morte d'hydropisie, a eu une fois ses règles pendant une année entière<sup>28</sup>.

Plus souvent, ce sont les suppressions qui hantent les femmes parce qu'elles impliquent une rétention d'humeurs nocives. Les épistolières se désolent du peu de sang qui s'écoule et observent les troubles qui en résultent. Madame Mortal de Premont compose un exposé précis de ses menstruations :

*« Vous savez que c'était le défaut d'écoulement périodique qui occasionnait tous mes maux. Il y a deux jours que ça s'est déclaré pendant la nuit, ne m'en étant pas aperçue qu'au moment que j'allais me mettre dans mon bain ce qui fit que je n'en pris point ce jour-là. Ce qui me donne encore de l'inquiétude, c'est que cet écoulement n'a continué que pendant la nuit et un peu le matin, en tout, c'était peu de chose. Cependant ça me donne espérance que puisque ça s'est un peu montré, ça pourra revenir le mois prochain<sup>29</sup> ».*

Quelle que soit l'étiologie avancée, la diminution des règles met leur santé en péril. Les menstrues « supprimées » causent des engorgements et différentes maladies de pléthore, telles les obstructions ou les opilations. Seul un retour des règles peut rééquilibrer la machine corporelle, même si les saignées pallient un moment leur dérèglement. Ainsi, les femmes souhaitent-elles généralement le « retour » des « époques » dans leurs écrits. Elles disposent, dans les recueils de recettes domestiques, de nombreux remèdes à cet effet. Le livre de la baronne de Montricher propose notamment une composition « pour provoquer les mois », une autre « quand une femme a perdu ses mois » ou « pour faire revenir le mois aux femmes »<sup>30</sup>.

Le sang peut aussi migrer dans le corps et chercher des issues alternatives : les règles « dévoyées » se manifestent habituellement par des crachats et vomissements de sang, ou bien par des flux sanguins par l'anus ou tout autre orifice corporel. Angélique de Bombelles, déplorant 19 jours de retard, écrit : « Je n'ai qu'un peu mal à la tête, car le sang y remonte. Je saigne tous les matins du nez depuis quatre ou cinq jours et cela me soulage beaucoup, mais ne m'embellit pas, car cela grossit le nez d'une manière frappante<sup>31</sup> ». La jeune femme privilégie souvent cette explication et prend le soin de rappeler qu'elle n'éprouvait pas ces inconvénients en allaitant<sup>32</sup>. C'est que le sang menstruel, lors de la grossesse, migre vers les seins où il se transforme en lait : l'allaitement permet alors de se débarrasser de cette humeur superflue !

Les flux hémorroïdaux ont aussi la vertu de désobstruer les corps. Ces évacuations sporadiques provenant de la « dilatation qui se fait à l'extrémité d'une veine qui aboutit à l'anus et qui se remplit de sang<sup>33</sup> » sont associées au flux menstruel par les médecins et les profanes (Duden, 1991 : 113-116). Madame de Chanonier lie fréquemment règles et hémorroïdes dans la consultation qu'elle adresse à Samuel-Auguste Tissot. Depuis qu'elle a 25 ans, elle est « *sujette à un flux hémorroïdal qui précède de quelques jours les règles* » que ses médecins considèrent « *comme très salutaires et bien intéressant à ne pas contrarier* ». Puis, elle constate un « *dérangement des deux écoulements qui de loin en loin ne fait que se montrer*<sup>34</sup> ». Ce rapprochement suggère un parallèle entre règles féminines et hémorroïdes masculines, souligné par Gianna Pomata<sup>35</sup>. Le modèle pléthorique permet, en effet, de concevoir des écoulements périodiques chez les hommes – efféminés, diraient les médecins – qui mangent beaucoup sans avoir une grande activité. La mauvaise coction des humeurs cause alors une accumulation des fluides superflus qui jaillissent finalement par le nez ou l'anus, provoquant un rééquilibrage de la santé (Stolberg, 2005). Il est vrai que les hémorroïdes sollicitent bien souvent le même champ lexical que les menstrues ; Julie Bondeli évoque notamment les « hémorroïdes supprimées » de Monsieur Moutach<sup>36</sup>.

Considérer que les hémorroïdes masculines correspondent aux règles revient toutefois à minimiser l'importance et la singularité des menstruations dans la santé des femmes. De manière générale, ces dernières évoquent plus fréquemment l'humeur sanguine : elle figure dans 60 % des consultations féminines, contre 30 % de celles des hommes. Ces derniers ne sont pas contraints aux mêmes précautions, aucun fluide ne s'échappe de leur corps avec la même régularité, et n'a la même incidence<sup>37</sup>. En outre, les hémorroïdes masculines ne sont pas communes à tous les hommes, ni liées à l'enfantement. Elles ne renvoient donc pas à la même symbolique – entre sexualité et fécondité – liant le destin des femmes à leur « physiologie sanguine ». Tandis que les premières règles ouvrent les portes du mariage, le flux régulier celles de la fertilité et de la maternité, la ménopause et la perte du pouvoir génésique constituent le dernier seuil à franchir et induisent une reconfiguration des rôles féminins.

### Âge critique, vieillesse et interdits charnels sous la plume des femmes

Dans les textes médicaux et philosophiques, la ménopause constitue une étape physiologique ; elle modifie à la fois le corps et les prérogatives sociales des femmes<sup>38</sup>. Considérée comme une maladie, elle induit une différence fondamentale dans les représentations de la fécondité et de la vieillesse au féminin et au masculin. Nombre de médecins estiment effec-

tivement qu'elle fait basculer dans la caducité : elle agirait comme un seuil, un palier particulier aux femmes (Tillier, 2005)<sup>39</sup>. Ces dernières vivraient ainsi une forme d'expérience collective du vieillissement, alors que les hommes pourraient revendiquer des expériences différées, moins sujettes au déterminisme physiologique<sup>40</sup>. Quant aux épistolières, elles composent un tableau saisissant de la décrépitude du corps, de ses liens avec le sang menstruel et des nouveaux interdits qui pèsent sur elles.

*L'âge critique : discours médical et écriture de soi*

La ménopause, appelée « âge critique », « séparation » ou « cessation des menstrues », fait l'objet de nombreuses études médicales au cours du XVIII<sup>e</sup> siècle<sup>41</sup>. Selon Michael Stolberg, les différentes explications de la menstruation qui se côtoient à la fin du siècle – la théorie de la pléthore, celle de la fermentation et celle de l'irritabilité<sup>42</sup> – ont en commun de rapprocher la ménopause d'une pathologie naturelle extrêmement dangereuse.

La théorie de la pléthore indique que les humeurs superflues ne sont plus évacuées par la menstruation ; la circulation sanguine en est altérée, le sang s'épaissit, stagne et mène à la putréfaction. Dans le modèle de la fermentation, le sang s'empâte également et l'accumulation du phlegme dans le corps anéantit les esprits essentiels à ce processus. Les humeurs surabondantes ne sont plus éliminées et causent alors de nombreux troubles. La théorie de l'irritabilité, qui se développe dans la deuxième moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle, explique la ménopause par une irritation extrême de l'utérus, dont les effets se propagent au corps en son entier. On change de paradigme, de la stagnation et de l'engorgement des humeurs, à une sensibilité et une irritabilité interne. Ces trois conceptions médicales ont néanmoins en commun de signaler une modification de la constitution et du tempérament féminins au moment de la ménopause ; le corps est assailli de très nombreuses pathologies avant d'atteindre un nouvel équilibre physiologique caractéristique de la vieillesse. L'approche privilégiée par les élites féminines du XVIII<sup>e</sup> siècle est difficile à déterminer avec certitude. Michael Stolberg avance que la théorie de la pléthore est la plus répandue jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle<sup>43</sup>, mais rien n'empêche les lectrices d'ouvrages médicaux de la seconde moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle de reprendre les notions d'irritabilité et de sensibilité. Un syncrétisme s'opère certainement avec de plus anciennes visions du sang menstruel, menant à l'élaboration d'une perception originale, intime et personnelle de la ménopause.

Les médecins et les femmes s'accordent visiblement sur l'importance des règles dans l'équilibre physiologique féminin, qu'en est-il des risques potentiels de l'âge critique ? Plusieurs discours profanes se distinguent. Tout d'abord, la « ménopause redoutée » est très présente et reflète l'appréhension des femmes vis-à-vis d'un phénomène qu'elles n'ont pas encore vécu, mais

qui est décrit, notamment par les médecins, de manière alarmante. « *Pour les unes comme pour les autres, ce temps de crise a de véritables périls, c'est pour toutes un temps d'épreuves, de larmes et de souffrances*<sup>44</sup> » écrit le médecin Baptiste Jeannet des Longrois dans ses *Conseils aux femmes de quarante ans*, ancêtre des bestsellers actuels. La peur que suscite l'âge critique s'explique par les maladies qu'il présuppose :

*« La suppression des règles, en causant une pléthore universelle, affaiblit le ressort des vaisseaux, ralentit les mouvements contractiles du cœur et donne lieu à des engorgements, des congestions, sources fécondes de toutes sortes de maladies. C'est ainsi que si le sang se porte vers la tête, il cause l'apoplexie, la paralysie, la frénésie, la mélancholie, la manie, l'épilepsie, la céphalée. S'il s'engorge dans la poitrine, il produit la syncope, l'aphonie, l'asthme, l'hémoptysie, la palpitation du cœur, le cancer du sein. S'il abonde dans les viscères du bas-ventre, il cause des flatuosités, la colique hystérique, le pica, le vomissement de sang, l'affection hypocondriaque, la cachexie, la jaunisse, le pourpre, le scorbut, les fleurs blanches, les pâles couleurs, les convulsions, les vapeurs, la nymphomanie, les rhumatismes, les obstructions, le squirre, l'inflammation, l'ulcère et l'hydropisie de la matrice*<sup>45</sup> ».

Cette longue énumération des maladies, bénignes ou mortelles, permet de mieux comprendre pourquoi Madame de Nomis, qui souffre notamment de fleurs blanches et de maux de reins, craint une aggravation de ses troubles au moment de la ménopause :

*« Ce qui m'a fort alarmée, c'est que l'on m'a dit que je risquais infiniment, ayant présentement atteint ma 40<sup>e</sup> année, de me trouver dans le temps de la séparation si accablée et perdue de forces et que les pertes que je cours le risque d'avoir à cette époque me conduiront infailliblement à la consommation. Jugez, Monsieur, vous qui connaissez ma sensibilité, à quel point cela m'a alarmée*<sup>46</sup> ».

La peur d'une aggravation des maux figure également chez des jeunes femmes souffrant de pathologies chroniques, ou particulièrement dange-reuses. Une malade consulte Samuel-Auguste Tissot à propos d'une gros-seur au-dessus du sein : « *On m'a assurée que s'il y avait quelque chose à craindre pour moi, ce ne pourrait être que vers le temps critique pour les femmes ; quoique je ne sois pas encore à ce terme, je n'ai que 33 ans, cette perspective serait affreuse*<sup>47</sup> ». Les conceptions médicales sur la méno-pause influencent donc clairement les perceptions féminines. Leurs mots donnent l'impression d'un bruit qui court, d'une rumeur terrifiante qu'elles cherchent à conjurer. L'expérience malheureuse d'une proche ou la peur de la rétention d'un sang vicié et empoisonné, selon les anciennes croyances relatives au sang menstruel, peuvent également maintenir les femmes dans cette angoisse (Tillier, 2005).

Au-delà des projections, la « ménopause vécue » est appréhendée à partir d'une symptomatologie particulière. Elle peut être ressentie par des femmes jeunes, telle la princesse de Piémont qui en reconnaît les signes. Constatant que ses règles sont retardées et diminuées « *considérablement en quantité, et d'un triste ton clair, presque couleur de rose* », elle confie au médecin : « *Si je suis convaincue qu'elles s'achèment peu à peu à finir, on ne veut pas m'en croire, à cause que je n'ai que 30 ans et demi, mais il y a bien des personnes qui finissent de très bonne heure, surtout, à ce qu'il me semble, n'ayant jamais été bien réglées*<sup>49</sup> ».

Les signes annonciateurs de la ménopause dépassent largement le simple constat d'un flux menstruel irrégulier<sup>50</sup>. Madame Viard d'Arnoy, après quatre mois de suppression de règles, en informe le docteur Tissot : « *Je commence par sentir une très grande chaleur qui monte assez doucement à la tête. Je deviens extrêmement rouge et cela se termine par une sueur très abondante de la tête aux pieds. [...] Après, je suis à la glace, et obligé de me couvrir, car changer de linge serait impossible de le faire 20 fois dans les 24 heures*<sup>51</sup> ». Elle prie le médecin de la rassurer en précisant : « *Je vous aurais la plus grande obligation, Monsieur, de me tirer d'inquiétude sur ce nouvel état que j'éprouve. C'est la seule époque de ma vie que j'ai craint, car de mourir n'est rien, mais les maux qui font mourir lentement sont affreux ; combien de femmes y succombe ?*<sup>52</sup> » Elles sont nombreuses à considérer que la ménopause, par ses bouffées de chaleur, risque de dessécher le sang et le corps en son entier. Les femmes ressentent un changement de tempérament qui correspond aux conceptions médicales d'une régulation et d'un nouveau palier physiologique.

Les troubles évoqués sont d'une grande diversité : tremblements de la main à l'ensemble du corps, obstructions à la matrice, gonflements et engourdissement des membres inférieurs, ou encore hémorroïdes. La consultation épistolaire de la marquise d'Alligni est assez représentative. Elle est âgée d'une cinquantaine d'années lorsque son médecin écrit pour elle au docteur Tissot :

« *Depuis deux ou trois ans que son âge critique a commencé, elle a les pieds enflés. [...] Elle est assez replète, et d'une graisse molasse, elle est sujette à des sueurs qui prennent par accès trois ou quatre fois par jour, au point de mouiller sa chemise et que les gouttes de sueur lui tombent de visage, ce qui arrive même dans l'hiver dans les plus grands froids. [...] Depuis la suppression de l'évacuation périodique naturelle à son sexe, délicate par sa constitution, d'un tempérament un peu échauffé, elle a éprouvé depuis deux ans quelques difficultés de respirer avec un sentiment d'oppression accompagné de sifflements*<sup>53</sup> ».

On retrouve les bouffées de chaleur et la prise de poids, mais bien d'autres symptômes encore. Les épistolières, certainement influencées par les théories médicales, mentionnent de façon claire les troubles et les pathologies survenues pendant ou après la ménopause. Mais celle-ci peut être un marqueur temporel, car les femmes rapprochent souvent leurs maux de phénomènes biologiques et d'évènements personnels importants : premières règles, mariage, accouchements, perte d'un enfant ou de leur époux et cessation des règles. L'âge critique est alors évoqué pour indiquer un cadre temporel, ou déterminer leur situation au moment de la maladie, sans pour autant que les femmes y voient un lien de causalité.

La « ménopause rejetée » reflète d'ailleurs le comportement des femmes qui récusent l'attribution de leurs maux à l'âge critique. La Genevoise Charlotte de Bégon procède ainsi tandis qu'elle souffre, à partir de 45 ans, de pertes de sang, de vomissements et d'évanouissements. Ses médecins estiment que ses dérèglements proviennent de la ménopause, mais elle contredit cette étiologie en reliant ses « pertes » à une chute « sur le coccyx » faite trois ans plus tôt<sup>54</sup>. « *Ils se sont trompés. [...] Cabanis en convient aujourd'hui* », conclut-elle<sup>55</sup>.

Tandis que certaines prennent de la distance vis-à-vis des considérations médicales, la ménopause est un passage redoutable pour beaucoup de femmes. Ceci est très clair dans les consultations épistolaires ; rappelons toutefois qu'elles sont écrites par des souffrantes, en quête d'un sens et d'une étiologie à donner à leurs maux. Or, une part non négligeable des femmes ne consulte pas, parce qu'elles vivent l'âge critique sans heurts ni maladies, ne laissant aucune trace de leur expérience sereine. La cessation des règles est alors bien accueillie : il n'est plus nécessaire de nettoyer les linges souillés de sang, les symptômes de congestion prémenstruels disparaissent et elles ne courent plus le risque d'être enceintes. De petits maux peuvent être ressentis sans pour autant affecter l'ensemble du corps. Ainsi, la comtesse de Lucinge éprouve-t-elle de légers désagréments, mais se remet très bien et reprend « *son embonpoint et toute sa fraîcheur et sa vitalité*<sup>56</sup> ». De même, la duchesse de Civrac passe ce moment sans aucun accident « *fâcheux*<sup>57</sup> », si ce n'est un flux hémorroïdal ; le sang ne pouvant trouver son issue naturelle se transporte ailleurs. Une autre patiente du docteur Tissot, âgée de 52 ans, annonce que ses règles, autrefois abondantes, ont totalement cessé et qu'elle ne ressent « *aucune lassitude*<sup>58</sup> ».

En outre, la ménopause est parfois « attendue », lorsqu'elle représente un moyen thérapeutique, une révolution notoire capable de créer un nouvel équilibre. Une religieuse d'une cinquantaine d'années, souffrant de phases de mélancolie et de tristesse profondes suivies de phases de gaieté extrême, en attend beaucoup<sup>59</sup>. Le pouvoir de guérison de l'âge critique est renforcé



par la théorie de l'irritabilité : les femmes cessent enfin d'être malmenées par l'extraordinaire sensibilité de leur utérus (Stolberg, 1999).

Au fil des témoignages apparaît la diversité des perceptions féminines de la ménopause, qu'elle soit redoutée, attendue, rejetée, porteuse d'incommodités ou sans effets notoires. Une question demeure en suspens, celle du lien établi par les femmes entre âge critique et vieillissement.

*Jeanne Bellamy-Prévost : « vieillesse entre de tous côtés »*

Les récits féminins du siècle des Lumières ne rapprochent que rarement ménopause et vieillissement. La confrontation entre l'âge moyen de l'âge critique (50 ans<sup>60</sup>) et celui des premières mentions de la caducité dans les écrits féminins étudiés (42-66 ans<sup>61</sup>) laisse perplexe. La ménopause ne survient pas toujours au même moment et l'entrée dans la vieillesse varie aussi en fonction des femmes. En outre, entre l'acte d'écriture et les premiers sentiments de décrépitude, de nombreuses années ont pu s'écouler. Ces précautions prises, il demeure que peu de femmes indiquent clairement que la cessation des menstrues constitue un facteur déclencheur ou symptomatique du vieillissement. Celles que la ménopause malmène décrivent néanmoins une lente déchéance corporelle qui peut être assimilée à un sentiment de sénescence. Plutôt que de proposer une composition rétroactive, à l'instar des consultations épistolaires, les journaux intimes sont des sources essentielles pour suivre au quotidien les modifications qu'implique la ménopause et y traquer les rapprochements avec la vieillesse.

Jeanne-Marie Bellamy, épouse d'un pasteur genevois, a laissé un témoignage précieux dans son journal rédigé d'août 1772 à août 1773. Mère de deux enfants, alors âgée de 47 ans, elle traverse les affres de la ménopause. S'il est vrai que Jeanne ne la mentionne pas nommément, les symptômes énumérés et le vocabulaire mobilisé laissent peu de doute<sup>62</sup>. À l'été 1772, elle aborde le thème de la vieillesse pour la première fois : « *Ah la bonne et heureuse chose que la santé, la jeunesse avec n'est point de trop non plus, mais elle passe si vite que ce n'est qu'un songe bien court*<sup>63</sup> ». Un mois et demi plus tard, elle écrit laconiquement : « *Temps superbe, bonne nuit, assez bonne santé, le temps critique où je suis*<sup>64</sup> ». Ce « temps critique » peut aussi bien concerner les menstrues que la ménopause. Trois jours après, Jeanne livre de nouvelles indications : « *Mon sang est agité, je suis dans une circonstance critique et j'en suis trop frappée. [...] J'ai la tête pesante, le sang s'y porte et m'étourdit, gare la saignée si rien ne la prévient*<sup>65</sup> ». L'agitation de son sang répond à la pléthore qui la guette ; il se répand dans le haut du corps et grise l'âme. Jeanne pense bien souffrir d'une rétention et attend le retour des règles, qui préviendrait la saignée.



Les jours suivants, Jeanne se plaint encore : « *Toujours malaise, angoisse, tristesse. Ah le sot âge, les sots maux, les ennuyeux jours, la triste vie*<sup>66</sup> ». Peu à peu les « malaises » s'installent, sans qu'elle précise leur nature. Parfois, ce terme pourrait désigner les « époques » : « *J'ai toujours des malaises, la cause subsiste, le mal en est l'effet. Il faut prendre patience, et espérer que ce misérable temps passé on reviendra jeune, ah ! quelle jeunesse, jeunesse*<sup>67</sup> ». Ne serait-ce pas l'évocation du rééquilibrage des forces du corps ? Jeanne sait que ces maux sont longs et qu'elle doit être patiente<sup>68</sup>. Elle préfère rester positive et s'estime heureuse de ne pas être davantage atteinte par cette révolution physiologique.

À la mi-octobre, elle se réveille « avec de grandes sueurs » et écrit : « *on dit que cela est très bon à mon âge, allons, il faut le croire, je me sens bien*<sup>69</sup> ». En effet, la transpiration permet l'évacuation des humeurs superflues, le corps se purge à travers ses pores. Les « sueurs accablantes » perdurent jusqu'au mois suivant, mais Jeanne est raisonnable et garde espoir : « *Tout cela est peu de choses, je serai trop heureuse si je me tire de ce temps critique aussi lestement, il en sera ce qui plaira à Dieu*<sup>70</sup> ». Légers malaises et suées ne lui paraissent pas trop cher payé. Toutefois, sa soumission aux volontés divines est contrariée par de nouveaux doutes. En novembre 1772, Jeanne prend peur et se lasse de sa faiblesse : « *Une promenade, c'est le seul remède que je fais pour le temps orageux où je me trouve, je voudrai en connaître un pour l'imagination, car je l'ai trop frappée de l'état où je suis, crainte des maladies, crainte de la mort, fuyez loin de moi et qu'une résignation sincère et une douce tranquillité prenne votre place dans mon cœur souvent agité*<sup>71</sup> ».

Quelques semaines plus tard, elle témoigne d'une « rechute » qui correspond très certainement à un retour des règles : « *Malaise arrivé hier au soir, et que je croyais fini. J'ai été presque toute la journée au lit, accablée, mais sans douleur*<sup>72</sup> ». Le « malaise » persiste durant plus de 20 jours. Un mois passe et il revient : « *De retour chez moi, est venu un malaise inattendu, violent, accablant, ha les sots temps, le triste âge*<sup>73</sup> ». Jeanne reste abattue dans son lit au moins huit jours et se plaint d'être comme sa « *pauvre république, caduque, caduque*<sup>74</sup> ». À la fin du mois de février, elle se sent dans « *un état de crise* » qu'elle espère heureuse<sup>75</sup>. Les médecins considèrent les crises comme salutaires ; paroxysmes de la maladie, elles déclenchent la guérison. Cependant, en mars, les troubles reprennent : « *J'ai eu des tourments de tête ce matin et fréquemment depuis quelques temps des vapeurs de chaleur qui me montent à la tête et finissent par une petite sueur, ce sont des bouffées de sang. Que faire, il faut que jeunesse se passe et passe. On assure que cette indisposition est un brevet de santé, allons il faut y croire*<sup>76</sup> ». La chaleur de la coction des humeurs remonte dans le haut du corps et provoque la transpiration, le sang devient volatil.

Jeanne considère clairement que ces maux ressortent de la vieillesse, mais voudrait croire qu'ils augurent d'un nouvel âge, serein et sain. Pour parer aux « vapeurs de sang », elle se fait saigner, souhaitant évacuer une fois de plus les fluides qui pourraient l'indisposer, mais les symptômes perdurent<sup>77</sup>. Au printemps 1773, de nouveaux troubles apparaissent. Jeanne souffre de maux de reins et de diarrhée : « *vieillesse entre de tous côtés*<sup>78</sup> ». Assaillie, elle ne sait où donner de la tête. Le « malaise » revient<sup>79</sup>. Le mois suivant, le drame se répète : « *Un malaise inattendu et que je croyais finis pour jamais est venu me saisir ce matin, j'en suis toute capote, peut-être ne sera-t-il que passer*<sup>80</sup> ».

Jeanne Bellamy-Prévost offre ainsi un témoignage « au jour le jour » du vécu de la ménopause et l'expression intime des liens entre âge critique et vieillissement. Perdre la jeunesse et subir des troubles corporels, voici une perspective effrayante ! Jeanne tente de se rassurer en se plaçant entre les mains de Dieu ou en insistant sur les évacuations alternatives : saignées, sueurs et vapeurs. Tout en évoquant la sénescence, elle énumère bien plus les symptômes de la ménopause. En cela, sa narration ne diffère pas de celle de ses consœurs qui distinguent habituellement les maux de l'âge critique de ceux du vieillissement. Lorsque cessation des menstrues et corps décrépit se rejoignent, c'est pour exprimer une corporéité malade qui, l'espace de quelques mois, les associe à la caducité, dans le sens où elles s'estiment diminuées.

Les femmes proposent souvent une vision plus nuancée que les médecins en ne stipulant pas clairement, à l'exception de certaines d'entre elles, que l'âge critique est un facteur déclencheur, un premier signal ou un phénomène coïncidant avec la vieillesse. Leurs perceptions dépendent pour beaucoup de leur personnalité, mais également de l'effet de la cessation des menstrues : celles qui restent en bonne santé et ne souhaitent plus avoir d'enfant l'envisagent certainement mieux que les autres. Lynn Botelho, en étudiant les femmes pauvres du Suffolk, avance que ce n'est pas tant l'infertilité qui déclenche la perception du dernier âge, que les manifestations visibles de la ménopause : assèchement de la peau, rides, dos et silhouettes courbés, nouvelle pilosité (Botelho, 2001). Leur entrée dans la vieillesse correspondrait ainsi à des critères esthétiques, en lien avec l'importance de l'apparence à l'époque moderne. Il est très probable qu'il en soit de même pour les femmes aisées, toutefois leurs récits révèlent bien d'autres aspects de la sénescence.

#### *Genre et vieillissement : la sénescence jour après jour*

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, les naturalistes et les médecins, tel Jean Astruc, reviennent sur l'idée d'une vieillesse abrupte et malade à laquelle ils préférèrent l'image d'une lente, longue et progressive décrépitude naturelle<sup>81</sup>.

Le vieillissement féminin passe pour être plus précoce et plus difficile à supporter que celui des hommes. Il ne répond pas au même nombre de paliers qui diffèrent en fonction des auteurs : les catégories masculines (enfance, jeune âge, âge mûr, âge vert et âge décrépit) ne correspondent pas toujours à celles des femmes (fille, épouse et veuve) davantage liées à leur statut matrimonial et à leurs capacités génésiques (Botelho, 2001). Les hommes, qui ne sont pas soumis au changement physiologique de la ménopause et éprouvent une altération diffuse de leur fertilité, ne se voient pas ainsi assujettis aux lois biologiques. Leur entrée dans la vieillesse est décrite comme un dépérissement des forces physiques et intellectuelles coïncidant avec leur retrait de la sphère publique et de leurs activités professionnelles, et non pas marquée par la disparition de leurs facultés reproductives. L'idée d'une étroite sujétion des femmes au corps, conditionnant leur valeur et leur utilité au sein de la société d'Ancien Régime, est présente dans les écrits du for privé. Encore faut-il préciser les phénomènes que les épistoliers mettent en avant, ou taisent au contraire.

Suzanne de Jaucourt est âgée d'une trentaine d'années lorsqu'elle écrit en 1729 : *«Je ne puis fixer le temps. Si j'avais le secret de l'arrêter, il y a plus de dix ans que je lui aurais fiché un clou. On n'est pas assez longtemps jeune pour le temps que l'on vit<sup>82</sup>»*. L'épistolière n'appréhende pas de mourir jeune, mais bien de vieillir longuement<sup>83</sup> ! Or, cette pensée est récurrente dans les écrits féminins qui racontent une décrépitude lente et douloureuse et, au même titre que les hommes, se soucient avant tout de la maladie. En effet, les premières évocations de la vieillesse coïncident généralement avec un dysfonctionnement du corps, l'apparition d'une maladie grave ou une pathologie qui s'inscrit dans le temps<sup>84</sup>. C'est souvent le cas des femmes qui mentionnent le plus précocement la caducité. Charlotte de Begon en fait état : *«C'est ainsi que je suis arrivée à 50 ans et que j'ai le malheur d'y survivre [...]. Vingt ans peut-être encore d'infirmités entassés, sans le moindre soulagement, la moindre consolation, quel gouffre effrayant ! Toutes mes forces sont épuisées, où meurt l'espérance, le courage finit<sup>86</sup> !»* Les femmes ressentent un amoindrissement de leurs aptitudes physiques qui s'apparente souvent aux notions de ralentissement, de stagnation ou d'usure<sup>87</sup>. Le corps fatigué ne permet plus de s'adonner aux activités quotidiennes et sombre dans la décadence : *«Ce relâchement n'est permis que quand on est dans le retour comme ta vieille mère<sup>88</sup>»*, écrit Suzanne de Jaucourt, dès 42 ans. Ces sensations peuvent aller jusqu'au sentiment de négligence personnelle, voire de *«végétation<sup>89</sup>»*.

À ces impressions générales qui touchent l'ensemble du corps, s'ajoute pour certaines la dégradation des facultés sensorielles. Des cinq sens, seules l'ouïe et la vue – essentielles à la communication et à la vie sociale – sont évoquées<sup>90</sup>. Âgée de 69 ans, Marie de Livry expose avec humour la gêne suscitée par la surdité :

*«J'ai loué un petit appartement dans un couvent que l'on appelle Belle Chasse. Ce n'est pas la dévotion qui m'a fait faire cette acquisition, c'est la réflexion de mon âge. Je me porte bien encore, mais je commence à devenir sourde. Si cette infirmité-là augmente, je sens que je serai fort à charge dans la société. Dans ce cas-là, j'irai trouver mes religieuses qui auront la charité de me crier dans les oreilles<sup>91</sup>».*

Aux infirmités se greffent des maux divers : vapeurs mélancoliques, migraines, maux de nerfs, problèmes de digestion, gouttes, sécheresse... Les corps ont besoin d'être «humectés<sup>92</sup>», car le vieillissement s'apparente à une solidification progressive des organes, des tissus et des fibres et à un épaissement des fluides qui mènent à un dessèchement et un dépérissement de la machine corporelle. De ce fait, les difficultés motrices tiennent une place importante, la marche et les déplacements en calèche deviennent pénibles<sup>93</sup>. Les souffrances physiques sont très présentes : douleurs articulaires, sentiment de fragilité des os, douleurs diffuses et languissantes. Madame de Roquelaure lance un appel à l'aide désespéré à son cousin : *«J'ai 66 ans, tous mes os sont déplacés, j'ai des douleurs inconcevables et je n'ai plus une once de chair sur mon corps. Dans cet état, je ne peux pas avoir soin de moi-même<sup>94</sup>».*

En définitive, les femmes témoignent de l'impossibilité croissante de remplir leur rôle de représentation : la végétation des corps vieillissants s'oppose à l'ancienne vivacité qui les faisait briller dans les salons, les sens perdent leur acuité et les enferment dans la solitude, les dents tombent et interdisent les banquets, les maux les assaillent et les retiennent dans leur chambre, au même titre que les douleurs. Leur physionomie s'altère : la maigreur est souvent rapportée, c'est un signe de dessèchement, de mauvaise santé, auquel on préfère un léger embonpoint. Alors, les femmes aisées fréquentent de moins en moins les lieux de sociabilité habituels, là où les hommes pourraient évoquer le retrait de leurs activités professionnelles. Le vécu de la vieillesse des unes et des autres paraît ainsi plus proche que ne le présupposent les conceptions médicales. Les corps mondains partagent la nécessité de se maintenir, d'arborer une prestance corporelle et une dignité physique à la hauteur de leur rang. Vieillardes et vieillards luttent ensemble contre l'amollissement et le laisser-aller. Catherine Charrière décrit sa grand-mère avec admiration, car *«sa personne même dans l'extrême vieillesse s'est toujours soutenue et n'est jamais tombée dans l'affaïssement<sup>95</sup>»*. Le corps nobiliaire féminin incarne un statut social et une autorité, par sa gestuelle, sa résilience et son maintien, que le vieillissement ne saurait altérer.

La caducité ne se manifeste pas uniquement sous la forme d'un dépérissement physique, car les femmes rapportent également la déchéance progressive de leurs facultés intellectuelles (Botelho, 2001). En cela aussi, elles

ne diffèrent pas des hommes de leur entourage. Le délabrement de l'esprit est très présent dans les écrits de celles qui ont fait preuve de curiosité intellectuelle tout au long de leur vie. Les femmes déplorent la perte de la mémoire à court terme, ainsi que la difficulté d'un nouvel apprentissage et de la concentration<sup>96</sup>. Âgée de 61 ans, la marquise de Livry choisit des lectures simples qui lui demandent peu d'application<sup>97</sup>, dix ans plus tôt, elle écrivait déjà : « *Je lis pour m'amuser et non pour m'instruire parce que je suis trop vieille pour apprendre*<sup>98</sup> ». Les centres d'intérêt s'amenuisent, tels ceux de Suzanne de Jaucourt, âgée de 58 ans : « *Le cercle de mes idées se rétrécit chaque jour et actuellement il ne s'étend pas plus loin qu'à des fleurs que je travaille grossièrement*<sup>99</sup> ». Les femmes cherchent à conserver leur « tête » malgré leur âge avancé<sup>100</sup>, redoutant le ressassement qui les discrédite et pèse sur leur entourage. C'est un sujet de préoccupation pour Suzanne de Jaucourt qui, dès l'âge de 42 ans, annonce à son fils : « *J'ai honte de moi-même, cet état m'humilie. Je te le confie mon enfant, ta pauvre mère commence à radoter, c'est de bonne heure*<sup>101</sup> ».

Les premières évocations de la vieillesse concordent également avec des périodes de réflexion sur leur existence. Des liens sont souvent tissés entre jeunesse dissolue et vieillesse tourmentée, ou au contraire, entre jeunesse modérée et dernier âge serein. La caducité est donc propice à un retour sur soi qui laisse parfois place à une réelle amertume. Catherine Charrière livre ses impressions dans une lettre destinée à être lue par sa fille après sa mort :

« *J'ai 46 ans passés, cette longue suite d'années (qui m'étonne quelquefois puisque me voilà près du terme de la vieillesse) se sont passées avec une rapidité incroyable. Je me souviens des jours de mon enfance et de ma jeunesse comme si j'y étais encore, plus je m'en éloigne, plus ce souvenir est vif, plus je regrette ces belles années écoulées qui ne reviendront et ne peuvent jamais revenir. Je vois distinctement tout ce que j'aurais pu faire de mieux que ce que j'ai fait. Je vois le temps perdu, le temps mal employé, les ressources, les talents négligés, les passions qui m'ont entraînées [...]. Je ne regrette donc point ma jeunesse pour les plaisirs frivoles qu'elle me procurait, les soins, les louanges, la dissipation, mais pour les biens solides que j'aurais pu me procurer*<sup>102</sup> ».

Les femmes sont certainement plus à même de porter ce regard critique sur leurs jours, n'ayant pu assouvir leurs envies et ambitions, freinées par les préjugés et les contraintes sociales, même si nombre d'hommes ont pu, eux aussi, considérer leurs jours avec une profonde désillusion.

D'autres prônent en revanche l'autodérision et cherchent à vivre pleinement leur dernier âge. Marie-Thérèse de la Ferté-Imbault, alors âgée de 57 ans, vante les mérites du rire dans une lettre à son neveu :

*«J'ai toute ma vie sentie beaucoup de disposition à être Démocrite qui riait des choses qui faisaient pleurer Héraclite. Plus je vieillis et plus je sens que cette disposition (qui a été souvent contrariée en moi) reprend le dessus et cela me fait aimer mon âge mûr et m'empêche de craindre la vieillesse. Je sens à n'en pouvoir douter que chaque année que j'acquerrai augmentera cette charmante sympathie avec Démocrite et que je serai la plus drôle des vieilles qu'on ait peut-être jamais vu. De là je vois déjà les enfants de vos enfants qui me divertiront parce que je les divertirai à 90 ans que je compte vivre<sup>103</sup>».*

Point d'amertume chez cette femme qui célèbre l'humour retrouvé. À 66 ans, elle se dit vieille pour la première fois et ce sentiment est lié aux jeunes gens qui lui font regretter son ancienne société : *«Plus je vis avec ma surdité et plus je sens que la jeunesse que je ne peux pas entendre ne peut pas non plus faire mon bonheur<sup>104</sup>»*. Elle ne retrouve pas en eux l'esprit, la raison et l'amitié qu'elle appréciait chez ses proches<sup>105</sup>. Suzanne de Jaucourt, âgée de 60 ans, partage son point de vue. Elle évoque un décalage important entre jeunes et vieux, une perte de crédibilité qui l'affecte tandis que sa belle-fille ne se résout pas à suivre ses conseils : *«On a plus d'égards aux recommandations des gens de son temps, avec qui l'on vit, qu'aux gens du temps passé. Ce n'est pas une plaisanterie, je le pense réellement<sup>106</sup>»*. Ces femmes témoignent du discrédit qui les hante : on rit de leurs radotages, leurs avis perdent peu à peu de leur poids, préfigurant une mort sociale.

En vieillissant, les femmes s'exposent aussi à la disparition de leur entourage. Ceci est une source d'affliction pour Marie de Livry : *«Je trouve que ce qu'il y a de plus affreux dans la vieillesse est de perdre successivement toutes les personnes qu'on aime. Pour bien faire, il faudrait s'en aller dans l'autre monde en même temps que toutes les sociétés<sup>107</sup>»*. La perte de leurs proches est certainement un marqueur essentiel de l'entrée dans la vieillesse, à laquelle s'ajoutent le veuvage et l'isolement familial<sup>108</sup>. Scarlett Beauvalet-Boutouyrie (2001) a mis en évidence les nouvelles libertés et les modifications du statut juridique des veuves, reste que la solitude n'est pas toujours une aubaine pour les femmes vieillissantes. Marie-Thérèse de la Ferté-Imbault, à 69 ans, se sent *«sourde, vieille et impotente<sup>109</sup>»*, et regrette les défunts qui la faisaient vivre dans son *«ancien élément de grands mondes de la cour et de la ville<sup>110</sup>»*, comme dans un songe. Centrées sur les relations interpersonnelles, exerçant un rôle certain en société, elles ont pu souffrir plus intensément de la disparition progressive de leur entourage.

Ainsi, les écrits féminins assimilent-ils généralement le vieillissement à une déchéance physique – associé ou non à la ménopause –, à une perte des facultés intellectuelles et à des considérations intimes liées au sentiment de solitude, d'isolement et d'inadéquation avec la jeunesse. En cela, les femmes ne varient guère des hommes, si ce n'est que les maux de l'âge

critique peuvent leur faire affronter plus tôt et de façon plus nette cette sensation de dépérissement. Pour singulariser les expériences féminines et masculines, il faut s'intéresser à d'autres marqueurs de la sénescence et finalement revenir à la ménopause. En articulant l'âge critique à l'esthétique du vieillissement féminin et à la sexualité apparaissent moins les modifications physiologiques qu'elle entraîne que les interdits et normes comportementales qu'elle présuppose.

### *Esthétique du vieillissement et sexualité féminine*

Entre hommes et femmes demeure une différence essentielle dès lors qu'à l'âge mûr succède la vieillesse. Tandis que les premiers peuvent théoriquement procréer jusqu'à leur mort, la fécondité des secondes s'arrête au seuil de la ménopause. À première vue, les femmes n'évoquent pas ce facteur pour signifier leur entrée dans la caducité, mais la sexualité et ses corollaires ont peu de place dans les narrations féminines, par pudeur et convention. Elle ne surgit qu'en cas de déviance, lorsqu'elle est condamnée : la sexualité des femmes vieillissantes fait alors l'objet de quelques récits. C'est que la ménopause constitue une « mort symbolique » (Tillier, 2005) par la perte du pouvoir génésique, précédant la mort naturelle. Elle entraîne des interdits sexuels qui peuvent être mis en rapport avec l'esthétique du vieillissement.

Selon les discours médicaux, philosophiques et littéraires, l'âge critique induit, en plus de la perte des facultés reproductives, celle du pouvoir de séduction : « *la rondeur des formes, la finesse des traits, l'éclat du teint, les grâces et la beauté, la finesse* »<sup>111</sup>. C'est reprendre l'adage selon lequel la beauté des femmes est une ruse de la nature pour permettre la reproduction de l'espèce (Hecht, 1997). Les attraits s'apparentent ainsi à un élément constitutif et presque exclusif du « Beau sexe », en lien direct avec leur destination sociale : la procréation. La caducité féminine concorde avec la disparition de cette beauté éphémère, de cet art de plaire, qui n'ont plus lieu d'être chez une femme devenue stérile. Madame de Lambert reprend cette idée, en marquant clairement une différenciation genrée dans son Traité sur la vieillesse : « *Chacun perd en avançant dans l'âge, et les femmes plus que les hommes. Comme tout leur mérite consiste dans les agréments extérieurs, et que le temps les détruit, elles se trouvent absolument dénuées ; car il y a peu de femmes dont le mérite dure plus que la beauté* »<sup>112</sup>.

Si hommes et femmes ne semblent pas égaux face à la sénescence, ils sont toutefois rapprochés dans le discours médical. Quel que soit le paradigme invoqué, la ménopause induit, on l'a vu, un nouvel équilibre physiologique. Dans la théorie néo-hippocratique, le corps féminin, caractérisé par son humidité, vient à se dessécher, il s'apparente alors au corps masculin dont



le tempérament est sec. En suivant la théorie de l'irritabilité, les fibres et les nerfs se durcissent et la sensibilité des tissus des femmes devient moindre, concordant là aussi avec des caractéristiques physiologiques masculines (Stolberg, 1999). La différence sexuelle s'amointrit donc ; une masculinisation apparaît même à partir de l'arrêt de la fécondité.

Les représentations picturales concernant des portraits de femmes hors commande ou non identifiées témoignent de ce processus de virilisation. Le peintre hambourgeois Balthazar Denner (1685-1749) a fait de nombreux portraits de vieilles femmes dont les traits s'apparentent sensiblement à ceux des hommes<sup>113</sup>. Dans l'œuvre *Tête de vieille femme au bonnet et au col de fourrure*, le visage est épaissi, le nez épaté et la mâchoire large. Un phénomène analogue est repérable dans l'œuvre de Mademoiselle de Gesfrin intitulée *Portrait de femme âgée* qui représente une figure émaciée, un nez allongé et crochu, des lèvres affinées et des sourcils fournis<sup>114</sup>. Et que dire du *Buste de vieille femme* peint par Pietro Bellotti<sup>115</sup> ? La poitrine est noueuse, découvrant des muscles saillants, le buste est fort et une poigne virile est marquée par le dessin des veines courant sur les mains.

Au-delà d'un rapprochement avec les caractéristiques physiques masculines, les descriptions de la vieillesse féminine s'apparentent aux représentations de la laideur et de la mort. Dans son article « Vieillesse » de l'*Encyclopédie*, Louis de Jaucourt propose un tableau de la sénescence physique. Il utilise pour cela un portrait de femme âgée qu'il n'assortit pas de son pendant masculin :

« Impitoyablement flétrie [...]. Triste à l'aspect d'un sang glacé dans ses veines [...]. Combien d'autres raisons de gémir pour celle chez qui la beauté est le seul présent des dieux ! Une tête grise a succédé à ces cheveux d'un noir de geais, naturellement bouclés, qui tantôt flottoient sur des épaules d'albâtre, et tantôt se jouaient sur une belle gorge qui n'est plus. Ces yeux qui disaient tant de choses sont ternes et muets. Le corail de ces lèvres a changé de couleur ; sa bouche est dépouillée de son plus bel ornement ; aucune trace de cette taille légère, si bien proportionnée, et de ce teint qui le disputait aux lys et aux roses ; cette peau si douce, si fine et si blanche n'offre aux regards qu'une foule d'écailles, de plis et de replis tortueux. Hélas, tout chez elle s'est changée en rides presque effrayantes<sup>116</sup> » !

Cette description rappelle les portraits féminins de la Renaissance présentant une femme âgée pour mettre en valeur la beauté et la jeunesse d'une autre (Borzello, 1998 : 45)<sup>117</sup>. Ce procédé pictural est toujours utilisé au XVIII<sup>e</sup> siècle, notamment par les peintres Jean-Baptiste Greuze dans *Les œufs cassés* ou par Gaspare Traversi dans *La séance de pose*<sup>118</sup>.

Ce jeu d'opposition n'apparaît que très rarement dans les récits féminins où aurait pu se lire une amertume des femmes vieillissantes face à la beauté



des plus jeunes. Il faut dire que les attraits du corps ne sont pas une thématique privilégiée dans les écrits du for privé, que l'on soit jeune ou vieux, homme ou femme. La « perte » de la beauté, l'attention portée aux rides, à l'assombrissement du teint et aux autres manifestations esthétiques de la vieillesse sont donc peu évoquées<sup>119</sup>. Les maladies et le constat d'une décrépitude du corps et de l'esprit constituent en définitive l'essentiel du discours sur le corps sénescant. Comment expliquer ce silence ? Il y a là une certaine pudeur – ou une dissimulation – de la part des femmes, comme s'il ne convenait pas de représenter sa propre sénescence et de la livrer sans fard. La mise à distance scripturale des signes esthétiques du vieillissement et le refus de « s'écrire » sous leurs véritables traits doivent être rapprochés de la perte de la désirabilité et de la proximité de la mort associées à la caducité féminine.

Certains témoignages sont, bien sûr, positifs. Félicité de Genlis, dans ses mémoires rédigés alors qu'elle est septuagénaire, souligne à de nombreuses reprises la beauté des vieillards. Elle évoque notamment la marquise de Droménil, grand-mère de son époux :

*« Elle avait 87 ans. Elle était d'une petitesse extrême et parfaitement proportionnée. Ses petits pieds et ses mains semblaient appartenir à un enfant de six ans ; ses traits étaient de la même délicatesse et sa bouche si petite qu'elle avait pour manger un couvert particulier. Tous les meubles à son usage étaient faits exprès pour elle ; elle avait ses petites pincettes, son petit fauteuil, sa grande chaise sur laquelle on l'assenait à table. Le doux petit son de sa voix était assorti à cette touchante miniature : elle avait été fort jolie, et elle avait conservé la physionomie la plus douce et la plus gracieuse. [...] Elle me parut une bonne petite fée bienfaisante. [...] Je tenais ses petites mains dans les miennes et je la caressais avec le charme qu'on éprouve à caresser un enfant, et avec la vénération qu'inspire naturellement un tel âge<sup>120</sup> ».*

La vieille dame est assimilée à un enfant sage, pur et chaste, mais Félicité de Genlis réserve ses louanges à celles qui ont su garder la noblesse de leur apparence physique et calquer leur mode de vie sur leur âge. La mémorialiste traite tout autrement les femmes qui cherchent à masquer leur vieillissement. Sa propre grand-mère n'est pas épargnée : *« Comme elle avait sur son visage une quantité de rouge et de blanc, qu'elle se peignait les sourcils et les cheveux pour réparer des ans l'irréparable outrage, elle ne me paraissait guère respectable<sup>121</sup> »*. Sa critique ne se limite pas aux femmes, car elle s'attaque aussi au *« vieux duc de Villars, qui se peignait les sourcils, mettait du rouge et tenait dans sa bouche des petites balles de coton pour se renfler les joues<sup>122</sup> »*. Catherine Charrière, fustige également le comportement des vieillards qui dérogent à leur âge. Elle s'offusque

des mœurs de Lausanne, «où les vieilles femmes veulent faire comme les jeunes et sont jalouses et acariâtres, où les hommes à 50 ans se croit encore les agréments de 25 et ont de l'humeur quand les femmes pensent différemment<sup>123</sup>».

Le refus de vivre selon son âge est généralement décrié. Madame de Lambert, dans son *Traité de la vieillesse*, défend aux femmes de continuer à fréquenter leurs anciens lieux de sociabilité considérant qu'il n'y a «rien de moins décent que d'y montrer un visage sans grâce ; dès qu'on ne peut plus parer ces lieux-là, il faut les abandonner<sup>124</sup>». Marie de Livry qui, à 69 ans, se dit «trop vieille pour prendre les modes» se rallie à l'idée que la sénescence implique des interdits<sup>125</sup>. Elle ne va plus au carnaval, n'étant «plus d'un âge à participer à ces plaisirs<sup>126</sup>» et s'estime «trop vieille pour faire des visites de représentation<sup>127</sup>». Deux âges sont ici opposés, celui des plaisirs et des apparences gracieuses et celui de la mise à distance et de la recomposition des rôles auxquelles elle se soumet.

À travers l'idée de dissimulation, qui sous-entend l'envie de conserver des prérogatives réservées aux plus jeunes, c'est avant tout le jeu de la séduction qui est refusé aux vieilles femmes. Le corps sénescant est éloigné, isolé, caché et soumis à son dépérissement. C'est dans cette dimension que ressurgissent le spectre de la ménopause et la notion de «mort symbolique» (Tillier, 2005). Stérilité et mort deviennent leurs attributs ; ils s'opposent fondamentalement au maintien de la sexualité des vieilles dames. Pour mettre en valeur le lien entre la dissimulation de l'âge, la ménopause et les interdits sexuels, revenons sur les représentations culturelles plaçant d'un côté, la jeunesse, la beauté et le désir, et de l'autre, la vieillesse, la laideur et l'abstinence. Les femmes ménopausées et âgées sont comparées à l'image de la vieille lubrique, malmenée par ses désirs sexuels. Caroline Schuster Cordone (2009 : 167) rapproche celle-ci de la figure de l'entremetteuse qui vit par procuration les ébats sexuels dans les représentations picturales. Le discours médical souligne d'ailleurs un regain de sexualité ou de désir sexuel au moment de l'âge critique (Tillier, 2005)<sup>128</sup>.

Ceci n'autorise pas pour autant les femmes approchant la ménopause à être enceintes. La réprobation est plus ou moins forte en fonction des épistolères, mais il paraît clair qu'à un certain âge, les femmes doivent laisser le pouvoir génésique à leurs filles<sup>129</sup>. Les écrits personnels condamnent souvent les grossesses tardives. Félicité de Genlis évoque celle de Madame d'Estourmelles : «Âgée de cinquante-sept ans, [elle] avait un fils unique de cinq ans. Cet Isaac de cette moderne Sara était l'enfant le plus gâté et le plus insoutenable que je n'ai jamais rencontré<sup>130</sup>». Les allusions à la maternité tardive de l'épouse d'Abraham sont récurrentes. Julie Bondeli écrit ainsi d'une de ses amies : «À quarante ans, elle s'avise de devenir

Sara<sup>131</sup> ». Parmi les épistolières étudiées, certaines connaissent leur dernière grossesse avant 30 ans, mais bien d'autres, surtout celles qui ont de nombreux enfants, accouchent après, telles la Vaudoise Élisabeth Guiguer ou la Parisienne Suzanne de Jaucourt. La Millavoise Pauline d'Albis, mère de onze enfants, met au monde le dernier à 37 ans, la Toulousaine Marie-Louise Montaigne a elle 38 ans. La grossesse la plus tardive revient à Élisabeth Du Bourg qui accouche d'une fille à 47 ans. Les études démographiques ont montré que l'âge à la dernière naissance était fréquemment de 43 ou 44 ans, même si la fécondité maximale se situe entre 24 et 29 ans (Gelis, Laget et Morel, 1978 : 46). Pour une frange des femmes, ces grossesses tardives sont une impérieuse nécessité pour assurer la pérennité du nom de leur époux<sup>132</sup>.

Plus elles avancent en âge, moins les femmes devraient maintenir une sexualité, tandis que les hommes demeurent légitimes, parés d'une virilité – conçue comme une capacité à concevoir – à laquelle les femmes ne peuvent prétendre. Le discours médical se rapproche du précepte religieux selon lequel l'arrêt des facultés reproductives doit entraîner l'abstinence sexuelle<sup>133</sup>. La marquise de Lems choisit toutefois de transgresser ce principe. Son médecin écrit à Samuel-Auguste Tissot qu'âgée de 64 ans, elle « *se détermina à passer à de secondes noces, qu'elle parut avoir envie de célébrer avec plus de plaisir et plus souvent que les premières*<sup>134</sup> ». Le ton n'est pas réprobateur, mais l'activité sexuelle est mentionnée pour permettre l'élaboration du diagnostic. Le maintien d'une sexualité s'apparente à un symptôme, d'échauffement des humeurs notamment, puisque son corps « refroidi » par l'âge devrait la garantir de ce genre de passions. Le discours religieux va également dans ce sens ; les femmes peuvent lire, dans le manuel de morale *La bibliothèque des dames* :

*« Il est certain qu'une si grande chaleur dans une vieille femme est une chose surnaturelle et que par conséquent, elle peut être envisagée comme un mauvais présage et même comme un présage infailible de la ruine de cette personne. [...] Un printemps au fort de l'hiver passerait pour une espèce de miracle, s'il n'était pas accompagné de glace et que la suite ne servit pas à corriger un si affreux renversement de saisons »<sup>135</sup>.*

Une transgression et un bouleversement de l'ordre s'opèrent. Les couples « mal assortis », composés d'une femme âgée et d'un partenaire masculin plus jeune, symbolisent encore mieux une inversion du monde. On conçoit difficilement qu'un jeune homme puisse être attiré par une partenaire plus âgée et la préférer à une jeune femme<sup>136</sup>. La cupidité des jeunes amants sert souvent d'explication à ces amours ; elle est symbolisée par l'échange d'une bourse dans les représentations picturales (Schuster Cordone, 2009 : 175-182). Le couple « mal assorti » est une union qui renverse les « lois de

la nature» puisqu'il n'a qu'une finalité charnelle et non plus reproductive. Il contrevient à l'esthétique de la désirabilité et à la norme sexuelle, pesant ainsi sur l'équilibre du marché matrimonial. La réprobation d'une telle union est courante, si ce n'est unanime.

Félicité de Genlis estime que les femmes âgées s'adonnant aux plaisirs du mariage avec de jeunes hommes ont quelque peu perdu la raison. Elle évoque une parente du président Portal «femme d'une beauté jadis très célèbre» :

*«Elle avait alors cinquante ans ; elle avait épousé en premières noces Monsieur Amelot, ministre des Affaires étrangères ; devenue veuve, elle jura de conserver sa liberté, et la garda longtemps ; enfin, elle vit au Vaudreuil Monsieur Damézague, plus jeune qu'elle de quinze ans ; très prévenue contre lui, elle voulait partir quand elle le vit arriver. Il sut vaincre toutes ses préventions, lui tourner la tête en huit jours, au bout desquels cette fière veuve l'épousa dans la chapelle du château. Ils étaient mariés depuis trois ans quand nous les trouvâmes au Vaudreuil ; ils vivaient ensemble comme deux tourtereaux<sup>137</sup>».*

La mémorialiste s'inspire d'ailleurs de cette passion amoureuse singulière pour écrire *Les préventions d'une femme* (1803). Dissuader les ardeurs des vieilles dames est aussi un devoir des moralisateurs qui n'hésitent pas à leur rappeler crûment la proximité de la mort : «*Rien n'est plus ordinaire que de voir des veuves surannées épouser de jeunes hommes. Mais peut-on faire une plus grande extravagance que de songer à un lit nuptial lorsqu'on est sur le point d'être couché dans le tombeau ?*<sup>138</sup>».

La mort guette toujours, menace suprême, tandis que les écrits du for privé invitent à sortir d'une vision monolithique de la vieillesse féminine et de ses interdits. Les femmes s'y affranchissent des conceptions médicales et philosophiques, presque essentiellement masculines, et dépeignent le passage de l'âge mûr au dernier âge en dehors des catégories rigides et impersonnelles proposées par les sources normatives. Vieillir, pour une femme aisée et lettrée du XVIII<sup>e</sup> siècle, c'est avant tout sentir sur son corps passer les années, sombrer dans la maladie, ressentir l'isolement, la solitude, l'abandon, ou encore le dépérissement progressif des facultés physiques et intellectuelles. Les épistolières donnent à voir un corps intime, douloureux et diminué, mais aussi un esprit qui cherche à rester vif, tourne en rond ou se perd. Les expériences individuelles varient grandement : il y a loin de la femme qui se conforme aux attentes sociales, en niant ses appétits sexuels et en jouant le jeu du retrait, à celle qui prend le parti de dissimuler son âge, quitte à recueillir les railleries de ses congénères, pourvu qu'elle puisse faire ce que bon lui semble.

La stérilité que présuppose l'âge critique ne constitue généralement pas un marqueur énoncé du vieillissement, mais les femmes signalent bien une concordance étroite entre d'un côté jeunesse, désirabilité, fécondité et norme sexuelle et de l'autre vieillesse, perte des attraits, stérilité et déviance sexuelle. Si cette dichotomie, amplement fondée sur la « physiologie sanguine » du « Beau sexe », n'est pas intériorisée par l'ensemble des femmes, elle structure cependant les discours sur leur sénescence en la cloisonnant dans des acceptions strictement corporelles, qui limitent leurs activités et libertés. L'originalité de leurs écrits repose sur l'omission récurrente de l'esthétique du vieillissement féminin, incarnant habituellement, dans les représentations médicales et picturales, la quintessence de la laideur et de la déchéance. Les omissions et dissimulations traduisent la forte contrainte qui pèse sur les femmes et les enjeux de pouvoir et d'exclusion liés au vieillissement apparent du corps. La caducité se définit également en fonction du corps génésique, qui n'a eu de cesse de s'inviter dans ces pages, tant le corps féminin est appréhendé à partir d'une finalité reproductive.

## Notes

- 1 Quand bien même sa périodisation et ses différents modèles ont été critiqués, les travaux de T. Laqueur (1992) restent déterminants dans la lecture socio-culturelle de la notion de sexe. On lira également avec grand profit, Gardey et Lowy, 2000.
- 2 Le corpus de sources se répartit entre des écrits personnels féminins français et suisses datant du siècle des Lumières et les consultations épistolaires envoyées au médecin lausannois Samuel-Auguste Tissot. Au sujet de ce fonds, voir Pilloud, 2013.
- 3 BCU, fonds Tissot, IS/3784/II/144.04.05.14, Madame Turmeau, sd.
- 4 *Ibid.*, 138.06, femme anonyme âgée de 43 ans, sd.
- 5 ACV, P Charrière de Sévery Ci 33-34, journal d'Angletine Effinguer de Wildegg.
- 6 On dispose de son journal intime avec des interruptions jusqu'en 1827. Angletine poursuit ses annotations plusieurs années après son mariage en 1804.
- 7 Monsieur et Madame de Bombelles, «*Que je suis heureuse d'être ta femme*», Lettres intimes, 1778-1782, Paris, La bibliothèque d'Evelyne Lever, Tallandier, 2009, p. 32, lettre de la marquise à son époux, 2 mars 1778.
- 8 Parfois les femmes parviennent à avoir plus de certitudes, cf. AN, fonds Bonnard, 352AP39, lettre de Sophie de Bonnard à son époux, 22 juillet 1783 et lettre de Monsieur de Bonnard à sa femme Sophie, 3 juillet 1783.
- 9 Monsieur et Madame de Bombelles, *Que je suis heureuse...*, 19 juillet 1778.
- 10 *Ibid.*, 21 octobre 1778.
- 11 *Ibid.*, lettre du marquis à son épouse, 1<sup>er</sup> novembre 1778.
- 12 *Ibid.*, lettre de la marquise à son époux, 6 novembre 1778. Les saignements des femmes enceintes nourrissent de nombreux débats chez les médecins, voir McClive, 2002.
- 13 BCU, fonds Tissot, IS/3784/II/144.03.05.04, Madame de Chastenay, 8 novembre 1784.
- 14 *Ibid.*, 144.05.01.27, comtesse de Beauharnois, 1790.
- 15 *Ibid.*, 146.01.01.08, Madame Ostervald, 29 janvier 1784
- 16 *Ibid.*, 144.03.03.20, comtesse Rove de Pica, sd.
- 17 *Ibid.*, 149.01.06.14, Madame Fol, 26 août 1766.
- 18 *Ibid.*, 144.04.03.10, Madame de Chanonier, s.d.; cf. 144.01.08.15, Madame Leschicault-Nikel, 15 août 1773.
- 19 Baum et Christensen, 2012, lettre de Julie Bondeli à Johann Zimmermann, 24 juillet 1761.
- 20 Soit 53 % des consultations épistolaires féminines. Les premières règles figurent dans 8 % des consultations, alors que la ménopause est présente dans 13 % de celles-ci.
- 21 S.-A. Tissot, *Avis au peuple sur sa santé*, Lausanne : Grasset, 1761.
- 22 AN, fonds Des Franches, T61/22, lettre d'Adélaïde Augé de Luzarche à son amant, sd.
- 23 Baum et Christensen, 2012, lettre de Julie Bondeli à Johann Zimmermann, 13 août 1763.
- 24 Monsieur et Madame de Bombelles, *Que je suis heureuse...*, p. 216, lettre du marquis à son épouse, 21 février 1779.
- 25 *Ibid.*, p. 445, lettre du marquis à son épouse, 2 décembre 1781.
- 26 BCU, fonds Tissot, IS/3784/II/146.01.01.08, Madame Ostervald, 29 janvier 1784.

- 27 *Ibid.*, 144.03.05.01, comtesse de Webel, s.d.
- 28 *Ibid.*
- 29 *Ibid.*, 144.02.08.01, Madame Mortal de Premont, 23 juillet 1776.
- 30 Monsieur Tavera, *Livre de recettes ce juin 1698 pour Madame Catherine Mey*, baronne de Montricher, Genève : Éditions Slatkine, 1999 ; notons que ces remèdes peuvent également masquer des abortifs.
- 31 Monsieur et Madame de Bombelles, *Que je suis heureuse...*, p. 203, lettre de la marquise à son époux, 27 janvier 1779.
- 32 *Ibid.*, p. 362, lettre de la marquise à son époux, 17 septembre 1781.
- 33 Anonyme, article « Hémorroïde », *Dictionnaire de l'Académie française*, 1798.
- 34 BCU, fonds Tissot, IS/3784/II/144.04.03.10, Madame de Chanonier, sd.
- 35 Pomata, 2001. Voir aussi Smith, 2011. Les hémorroïdes sont évoquées de manière quasi équivalente dans les consultations épistolaires féminines (8 %) et masculines (10,5 %) envoyées à S.-A. Tissot.
- 36 Baum et Christensen, 2012, lettre de Julie Bondeli à Johann Zimmermann, 13 janvier 1762.
- 37 Les premières émissions de sperme préfigurent leur maturité sexuelle et leur fertilité, mais cette substance n'est pas aussi complexe et signifiante que le sang menstruel et ne pèse pas autant sur leur santé. En dehors des pollutions nocturnes, c'est une évacuation sur laquelle ils ont quelque prise ; elle ne saurait alors être assimilée aux épanchements sanguins des femmes.
- 38 Voir notamment D. Diderot, *Sur les femmes*, dans *Œuvres*, Paris, Robert Laffont, (1772), 1994, t. 1, p. 954.
- 39 Cf. sur les femmes âgées et pauvres de Suffolk, Botelho, 2001.
- 40 Sur les études historiques considérant la vieillesse de manière identique pour les femmes et les hommes, voir McClive, 2010b.
- 41 Le terme « ménopause » est employé pour la première fois par le médecin Louis de Gardanne en 1821 dans *De la ménopause ou de l'âge critique des femmes* (Paris, Chez Méquignon-Marvis). Voir les publications de Simon David Titius, Buhl, Heumann, Georg E. Stahl, Jean Astruc, Chambon de Montaux ou encore John Fothergill ; Stolberg, 1999.
- 42 *Ibid.*
- 43 *Ibid.*
- 44 B. Jeannet des Longrois, *Conseils aux femmes...*, Introduction.
- 45 *Ibid.*, p. 56.
- 46 BCU, fonds Tissot, IS/3784/II/144.03.06.07, Madame de Nomis, 1785.
- 47 *Ibid.*, 144.04.03.07, femme anonyme, 33 ans, sd.
- 48 BCU, fonds Tissot, IS/3784/II/144.05.04.02, Madame la Princesse de Piémont, 1790.
- 49 *Ibid.*
- 50 Sont évoqués des douleurs d'estomac et à la poitrine, des pertes de sang, des pertes blanches, une peau brûlante, des problèmes de sommeil et de digestion, un amaigrissement soudain...
- 51 *Ibid.*, 149.01.02.14, Madame Viard d'Arnoy, 1778.
- 52 *Ibid.*
- 53 *Ibid.*, 144.02.08.10, Madame la marquise d'Alligny, 48-50 ans, Paris, 1776.

- 54 AN, fonds Des Franches, T161/25-26, lettre de Charlotte de Bégon à son époux, 3 août 1773.
- 55 *Ibid.*
- 56 BCU, fonds Tissot, IS/3784/II/144.03.04.17, Madame la comtesse de Lucinge, écrite par sa fille, 19 août 1784.
- 57 *Ibid.*, 144.03.05, médecins de Madame de Civrac, 1784.
- 58 *Ibid.*, 144.04.04.28, médecin Luigi Spagnolini pour Madame la marquise d'Aglie, sd.
- 59 *Ibid.*, 146.01.05.12, femme anonyme, 19 juillet 1787.
- 60 L. de Jaucourt, *Encyclopédie...*, article « Maladies des règles ».
- 61 Ces données concernent une dizaine de femmes que l'on a pu suivre dans le temps par le biais de leurs correspondances. On sait toutefois qu'elles ont pu tarder à écrire leur sénescence ou favoriser son expression avec des correspondants dont on n'a pas retrouvé les lettres. Elles montrent toutefois la variabilité du sentiment de vieillesse en fonction des femmes. L'emploi du vocabulaire relatif au vieillissement : « vieille », « âgée », « décrépitude »... a servi de marqueur pour cette catégorisation.
- 62 Philip Rieder avance cette hypothèse avec prudence, cf. Rieder, 2010 : 117.
- 63 BPUG, Ms fr 4734, *Journal de Jeanne Bellamy-Prévost*, 17 août 1772.
- 64 *Ibid.*, 1<sup>er</sup> octobre 1772.
- 65 *Ibid.*, 4 octobre 1772.
- 66 *Ibid.*, 6 octobre 1772.
- 67 *Ibid.*, 8 octobre 1772.
- 68 *Ibid.*, 11 octobre 1772.
- 69 *Ibid.*, 16 octobre 1772.
- 70 *Ibid.*, 1<sup>er</sup> novembre 1772.
- 71 *Ibid.*, 5 novembre 1772.
- 72 *Ibid.*, 5 décembre 1772.
- 73 *Ibid.*, 13 janvier 1773.
- 74 *Ibid.*, 20 janvier 1773.
- 75 *Ibid.*, 27 février 1773.
- 76 *Ibid.*, 4 mars 1773.
- 77 *Ibid.*, 22 mars 1773.
- 78 *Ibid.*, 1<sup>er</sup> mai 1773.
- 79 *Ibid.*, 21 mai 1773.
- 80 *Ibid.*, 7 août 1773.
- 81 Sur l'évolution du regard médical sur la vieillesse, voir Troyansky, 1992.
- 82 AN, fonds Jaucourt, 86AP6, lettre de Madame de Jaucourt à Isabelle de Jaucourt sa belle-sœur, 29 mars 1729.
- 83 La diminution de la mortalité adulte est surtout significative à l'extrême fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et pour les groupes sociaux les plus aisés. Le vieillissement de la population est assez précoce en France puisque dès la veille de la Révolution, les personnes de 60 ans et plus représentent 8 % de la population ; Bourdelais, 1997 : 20-54.
- 84 AMT, fonds Du Bourg, 5S457, lettres de Madame de Livry à Madame Du Bourg, 1772.



- 85 AN, fonds Jaucourt, 86AP6, (14), lettre de Madame de Jaucourt à son fils aide de camp du 6 juillet 1744.
- 86 AN, fonds Begon, T161/25, lettre de Charlotte Louise de Bégon à son époux, 19 juillet 1777.
- 87 AN, fonds Jaucourt, 86AP6, (18), lettre de Madame de Jaucourt à son fils, 10 août 1744; AN, fonds d'Estampes, 508AP16, lettre de Madame de la Ferté-Imbault à son neveu le marquis d'Estampes, 1771-1772.
- 88 *Ibid.*
- 89 *Ibid.*, (205), lettre de Madame de Jaucourt à son fils, 30 septembre 1757.
- 90 AMT, fonds Du Bourg, 5S457, lettre de Madame de Livry à Madame Du Bourg, 26 mai 1780. Agée de 65 ans, elle évoque sa surdité qui « *vient de vieillesse* »; AN, fonds Jaucourt, 86AP6, (18), lettre de Madame de Jaucourt à son fils, 10 août 1744.
- 91 AMT, fonds Du Bourg, 5S457, lettre de Madame de Livry à Madame Du Bourg, 6 mars 1784.
- 92 *Ibid.*, 27 août 1792.
- 93 *Ibid.*, lettre du 24 septembre 1792.
- 94 ADHG, fonds Bertier de Pinsaguel, 6J92, (45), lettre de Madame de Roquelaure à Monsieur de Bertier, sd.
- 95 ACV, P Charrière de Sévery Ci 15 réflexions de Catherine Charrière pour ses enfants.
- 96 AMT, fonds Du Bourg, 5S457, lettre de Madame Livry à Madame Du Bourg, 11 août 1777.
- 97 *Ibid.*, 8 avril 1787.
- 98 *Ibid.*, 5S456, lettre de Madame de Livry à Madame Du Bourg, 7 juin 1776.
- 99 AN, fonds Jaucourt, 86AP6, lettre de Madame de Jaucourt à son neveu le marquis de Jaucourt, 12 août 1760.
- 100 AMT, fonds Du Bourg, 5S457, lettre Madame de Livry à Madame Du Bourg, 11 décembre 1785.
- 101 AN, fonds Jaucourt, 86AP6, (24), lettre de Madame de Jaucourt à son fils aide de camp, 1744.
- 102 ACV, P Charrière de Sévery Ci 15, Conseils à ma fille de Catherine Charrière, 1 septembre 1787.
- 103 A N, fonds d'Estampes, 508AP16, lettre de Madame Ferté-Imbault au marquis d'Estampes, 7 janvier 1772.
- 104 *Ibid.*, 508AP20, lettre de Madame de la Ferté Imbault à Louis Félicité Omer d'Estampes, 13 septembre 1788.
- 105 *Ibid.*
- 106 AN, fonds Jaucourt, 86AP6, (289), lettre de Madame de Jaucourt à son fils, 25 août 1761.
- 107 AMT, fonds Du Bourg, 5S457, lettre de Madame de Livry à Madame Du Bourg, 11 août 1774.
- 108 Cf. AN, fonds Des Franches, T161/25-26, lettres de Madame Begon à son époux.
- 109 AN, fonds d'Estampes, 508AP20, lettre de Madame de la Ferté Imbault à Louis Félicité Omer d'Estampes, 2 août 1784.
- 110 *Ibid.*, lettre du 6 août 1784.
- 111 J. Desmahis, *Encyclopédie*..., article « Femme. Morale ».

- 112 A.-T. Lambert, *Traité de la vieillesse*, dans *De l'amitié*, (1747), 1999, Paris, Payot et Rivages, p. 62.
- 113 B. Denner, *Tête de vieille femme au bonnet et au col de fourrure*, 1740, huile sur toile, 46 x 37,5 cm, Paris, Musée du Louvre, Département des peintures ; B. Denner, *Tête de vieille femme au voile*, 1<sup>ère</sup> moitié du 18<sup>e</sup> siècle, huile sur toile, 37 x 31,8 cm, Paris, Musée du Louvre, Département des peintures.
- 114 Mademoiselle Gesfrin, *Portrait de femme âgée*, 18<sup>e</sup> siècle, huile sur toile, 46 x 38 cm, Bordeaux, Musée des Beaux-Arts.
- 115 P. Belloti, *Buste de vieille femme*, 1675-1700, huile sur toile, 70,5 x 58,9 cm, Amiens, Musée de Picardie.
- 116 L. de Jaucourt, *Encyclopédie...*, article « Vieillesse ».
- 117 Voir notamment S. Anguissola, *Le jeu d'échecs* (1555), *Autoportrait avec une vieille femme* (1545), *Autoportrait au clavecin* (1561).
- 118 J.-B. Greuze, *Les œufs cassés*, 1756, huile sur toile, 36,5 x 46,1 cm, New York, The Metropolitan Museum of Art ; G. Traversi, *La séance de pose*, 1754, huile sur toile, 131 x 96 cm, Paris, Musée du Louvre.
- 119 De la même façon, les recueils de recettes domestiques ne contiennent que très peu de remèdes contre les rides ou la pilosité liée au vieillissement.
- 120 F. de Genlis, *Mémoires...*, p. 262.
- 121 *Ibid.*, p. 314.
- 122 *Ibid.*, p. 207.
- 123 ACV, P Charrière de Sévery Ci 15, *Conseils à ma fille de Catherine Charrière*, 1<sup>er</sup> septembre 1787.
- 124 A.-T. Lambert, *Traité de la vieillesse...*, p. 70.
- 125 AMT, fonds Du Bourg, 5S457, lettre de Madame de Livry à Madame Du Bourg, 26 décembre 1784. Sur les contraintes vestimentaires à la Cour, en fonction des âges et en dépit de la maladie, voir A. Chatenet-Calyste, « Pour paraître à la Cour : les habits de Marie-Fortunée d'Este, princesse de Conti (1731-1803) », *Apparence(s)*, n° 2, 2012, p. 36.
- 126 AMT, fonds Du Bourg, 5S457, lettre de Madame de Livry à Madame Du Bourg, 12 mars 1786.
- 127 *Ibid.*, 26 mars 1786.
- 128 L'auteure décrit notamment l'étiologie congestive de Chambon de Montaux pour expliquer ce phénomène.
- 129 Sur la transmission problématique du pouvoir génésique, voir Fine, Moulinie et Sangoï, 2009.
- 130 F. de Genlis, *Mémoires...*, p. 137.
- 131 Baum et Christensen, 2012, lettre de Julie Bondeli à Johann Zimmermann, 4 avril 1765, p. 366.
- 132 Cf. BCU, fonds Tissot, IS/3784/II/144.01.04.12, Élie de Beaumont, 9 juin 1776, Paris. Impuissant, il fait tout pour pouvoir se soigner et ainsi avoir un second enfant tandis que sa femme a 46 ans, ce qui le préoccupe d'autant plus.
- 133 B. Jeannet des Longrois, *Conseils aux femmes...*, p. 47.
- 134 BCU, fonds Tissot, IS/3784/II/144.04.04.18, Madame la marquise de Lems, 64 ans, sd.

- 135 G. Berkeley, *Bibliothèque des dames, contenant les règles générales pour leur conduite dans toutes les circonstances de la vie, écrite par une dame et publiée par Monsieur le chevalier R. Steele, traduite de Langlois par Monsieur Janiçon*, Amsterdam : chez Du Villard et Changuion, 1719, t.2, p. 364.
- 136 F. de Genlis, *Mémoires...*, t.3, p. 325.
- 137 F. de Genlis, *Mémoires...*, p. 199.
- 138 G. Berkeley, *Bibliothèque des dames...*, t.2, p. 364.

## Bibliographie

- BAUM, A. et CHRISTENSEN, B. (dir.), *Julie Bondeli. Briefe*, Zürich : Chronos, 2012.
- BEAUVALET-BOUTOUYRIE, S., *Être veuve sous l'Ancien Régime*, Paris, Belin, 2001.
- BORZELLO, F., *Femmes au miroir, une histoire de l'autoportrait féminin*, Paris : Thames & Hudson, 1998.
- BOTELHO, L. Old Age and Menopause in Rural Women of Early Modern Suffolk, in BOTELHO, L. et THANE, P. (dir.), *Women and Ageing in British Society since 1500*, Londres : Routledge, 2001, p. 43-65.
- BOURDELAIS, P., *L'âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*, Paris : Odile Jacob, 1997.
- DUDEN, B., *The Woman Beneath the Skin. A Doctor's Patients in Eighteenth Century Germany*, CambridgeLondres : Harvard University Press, 1991.
- FINE, A., MOULINIE, V. et SANGOÏ, J.-C., De mère en fille. La transmission de la fécondité, *L'homme*, 2009/3, n° 191, p. 37-76.
- GARDEY, D. et LOWY, I. (dir.), *L'invention du naturel : les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris : Éditions des archives contemporaines, 2000.
- GELIS, J., LAGET, M. et MOREL, M.-F., *Entrer dans la vie : naissances et enfances dans la France traditionnelle*, Paris, Gallimard, 1978.
- HECHT, J., De Juliette à Ninon ou l'allongement de l'âge de la séduction, *Gérontologie et société*, n° 82, 1997, p. 25-56.
- LAQUEUR, T., *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, Paris : Gallimard, 1992.
- MCCLIVE, C., The Hidden Truths of the Belly : The Uncertainties of Pregnancy in Early Modern Europe, *Social History of Medicine*, 15/2, 2002, p. 209-227.
- MCCLIVE, C., *Bleeding Flowers and Waning Moons : a History of Menstruation in France, c. 1495-1761*, PhD thesis, University of Warwick, 2004.
- MCCLIVE, C. et PELLEGRIN, N. (dir.), *Femmes en fleurs, femmes en corps : sang, santé et sexualités du Moyen-Age aux Lumières*, Saint-Etienne : Presses Universitaires de Saint-Etienne, 2010a.
- MCCLIVE, C., Quand les fleurs s'arrêtent : La ménopause et l'imaginaire médical aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles, in MCCLIVE, C. et PELLEGRIN, N. (dir.), *Femmes en fleurs, femmes en corps : sang, santé et sexualités du Moyen-Age aux Lumières*, Saint-Etienne : Presses Universitaires de Saint-Etienne, 2010b, p. 277-299.
- PILLOUD, S., *Les mots du corps. Expérience de la maladie dans les lettres de patients à un médecin du 18<sup>e</sup> siècle : Samuel Auguste Tissot*, Lausanne : BHMS, 2013.

- POMATA, G., Menstruating men: Similarity and Difference of the Sexes in Early Modern Medicine, in FINUCCI, V. et BROWNLEE, K. (dir.), *Generation and Degeneration: Tropes of Reproduction in Literature and History from Antiquity to Early Modern Europe*, Durham-Londres : Duke University Press, 2001, p. 109-152.
- RIEDER, P., *La figure du patient au XVIII<sup>e</sup> siècle*, Genève : Droz, 2010.
- SCHUSTER CORDONE, C., *Le crépuscule des corps. Images de la vieillesse féminine*, Gollion : Infolio éditions, 2009.
- SMITH, L., The Body Embarrassed? Rethinking the Leaky Male Body in Eighteenth-Century England and France, *Gender and History*, 23, n° 1, 2011, p. 26-46.
- STOLBERG, M., A Woman's Hell? Medical Perceptions of Menopause in Preindustrial Europe, *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 73, 3, 1999, p. 404-428.
- STOLBERG, M., Menstruation and Sexual Difference in Early Modern Medicine, in SHAIL, A. et GILLIAN, H. (dir.), *Menstruation. A cultural history*, New York : Palgrave MacMillan, 2005, p. 90-101.
- TILLIER, A., Un âge critique. La ménopause sous le regard des médecins des XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles, *Clio*, n° 21, 2005, p. 269-280.
- TROYANSKY, D., *Miroirs de la vieillesse en France au siècle des Lumières*, Paris : Editions Eshel, 1992.

## **Des soins différents pour les patientes et les patients ?**

### **L'approche du « genre » à l'hôpital et dans les cabinets médicaux**

*Isabelle Jacquet*

Poser la question de la différence des soins portés aux hommes et aux femmes dans le contexte de l'hôpital ou des cabinets médicaux suscite en général des réactions assez vives de la part des professionnel·le·s de la santé et dans une mesure moindre dans le « grand public ». Les critiques et le scepticisme reposent sur la biologie : les organes des fonctions vitales du corps féminin et du corps masculin sont identiques. Hormis l'appareil reproducteur, rien ne distingue les corps des deux sexes. Sous la loupe, dans un laboratoire, rien ne distingue les cellules des poumons ou du cœur, les tissus organiques ou les sécrétions prélevés sur le corps d'un homme ou d'une femme. Il en découle une croyance selon laquelle à l'hôpital et dans les cabinets médicaux, les femmes et les hommes sont traités sans distinction.

Il y a pourtant lieu d'interroger cette croyance, ce « prêt à penser » (Traube, 2002). Un être humain en souffrance ou en demande de soins médicaux, un patient ou une patiente ne se réduit pas à une pathologie. Dans tout acte médical, il y a une relation entre le/la soignant·e et le/la soigné·e. Cette relation spécifique fait partie de l'ensemble des relations entre femmes et hommes qui sont construites dans un contexte de domination masculine (Héritier, 1996). La pratique de la médecine ne diffère pas des autres activités humaines. Le mode de communication standard et le statut habituel des un·e·s et des autres influencent la relation thérapeutique.

Lors des opérations chirurgicales, les champs opératoires stériles couvrent le corps et découvrent uniquement la partie du corps où il faut intervenir. Un·e chirurgien·ne rentrant dans une salle d'opération au cours d'une intervention peut, sans doute, ignorer le sexe de la personne opérée. En

laboratoire ou dans son cabinet médical face à un écran ou à un dossier, le praticien-ne peut aussi ignorer l'identité du cas traité. Il s'agit toutefois de moments d'exception. La pratique médicale, même pour les chirurgien-ne-s, c'est une rencontre entre deux êtres humains conscients qui est influencée par les rapports de savoir et de pouvoir, par les représentations et les préjugés des un-e-s et des autres.

## Le rapport soignant-e/soigné-e

### *L'attitude du/de la patient-e*

*Le Journal du médecin* a publié le 10 mars 2017, en exclusivité francophone avec le journal *Le Soir*, les résultats d'une enquête auprès de 1800 affilié-e-s médecins qui relève que les femmes médecins sont exposées, bien plus souvent que leurs collègues masculins, à des comportements sexistes ou sexuellement inappropriés. La proportion est de 50% contre 30%. Par contre, ce sont les hommes médecins qui sont le plus confrontés à de la violence physique émanant de patient-e-s (*Journal Le Soir*, 10 mars 2017).

### *L'attitude du soignant*

En consultation, les patientes sont davantage coupées, lors d'un échange verbal, par les médecins que les patients.

### *Le diagnostic des maladies cardiovasculaires*

C'est au début des années 1990, que la docteure Bernadine Healy (première femme directrice du NIH - *National Institutes of Health*) a publié le premier article concernant la différence d'attitude du corps médical face aux symptômes d'accident vasculaire (Healy, 1991). Il s'agit du moment du diagnostic. L'article révélait ceci : bien que les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité chez les femmes dans les pays industrialisés<sup>1</sup>, dans l'inconscient collectif et chez les médecins, l'infarctus du myocarde et l'accident vasculaire sont considérés comme des maladies typiquement masculines. Les personnes qui risquent l'infarctus sont des personnalités dominantes soumises au stress. Ce sont donc des hommes.

Cette habitude de pensée a pour conséquence que le diagnostic de la maladie cardio-vasculaire est porté plus tardivement chez les femmes que chez les hommes. À symptômes équivalents, les examens nécessaires sont moins prescrits chez les femmes que chez les hommes (Capewell *et al.*, 2001). Quand une femme arrive à l'hôpital ou en consultation avec une plainte de type coronarien, ses douleurs et ses symptômes sont –plus souvent que chez les hommes– méconnus et attribués à d'autres causes dont

notamment la nervosité. Cela retarde la prise en charge adéquate de la maladie. Ce phénomène désigné sous le nom de « syndrome de Yentl »<sup>2</sup> est désormais connu et étudié. Il y a, dès lors, tout lieu de croire (et d'espérer) que l'ensemble du corps médical y est attentif et que l'erreur de diagnostic ne se produit plus. Cet exemple reste néanmoins significatif et exemplatif.

### Le rapport au corps

Parallèlement à la recherche d'exemples et d'illustrations, il y a aussi une analyse à mener. La différence dans les soins aux patientes et aux patients se construit sur un corpus de représentations et de préjugés mais aussi sur l'attitude des patientes et des patients, sur leur rapport respectif au corps, à la maladie et à la santé. De façon schématique, les hommes dans leurs rapports à la médecine inscriraient leurs demandes et leurs attentes dans la tradition galénique (passer à l'attaque, réparer rapidement). Les femmes, en revanche, s'inscriraient d'avantage dans la tradition hippocratique (laisser mûrir, accompagner lentement la guérison).

Deux modèles thérapeutiques définissant le rapport de la personne à la médecine :

	<b>Tradition hippocratique</b> (Comportement féminin)	<b>Tradition galénique</b> (Comportement masculin)
Représentation de la maladie	La maladie est considérée comme un phénomène endogène et diffus	La maladie est considérée comme un phénomène exogène et localisé
Type de traitement	Réactiver, faire sortir Accompagner le processus morbide	Juguler, stopper Combattre le processus morbide
Durée des soins	On accompagne le processus morbide Lenteur	On attaque le processus morbide Rapidité

La demande de soin est aussi différente parce que femmes et hommes n'ont pas la même attitude vis-à-vis de leur propre corps. La plainte ou les plaintes ne s'expriment pas de la même façon. Les travaux de la psychosociologue Maryvonne Gognalons sur cette différence proposent à cet égard deux images qui sont certes schématiques mais qui ont le mérite d'être claires et inspirantes. Pour les présenter, l'emploi du conditionnel s'impose parce qu'il s'agit de suppositions, de pistes de réflexion, de sujets d'études. Les images sont celles du jardin et de la voiture. Les femmes traiteraient leur corps comme un jardin que l'on entretient jour après jour, dans lequel on se promène lentement et régulièrement pour en apprécier les changements. Les femmes se soigneraient plus vite, plus préventivement et mieux. Les femmes auraient avec leur corps un rapport plus harmonieux,

elles vivaient en bonne intelligence avec leur corps qu'elles connaissent bien. En comparaison, les hommes auraient un rapport excessif avec un corps mal connu et mal maîtrisé. Ils en exigeraient des performances sans le connaître. Les hommes traiteraient leur corps comme une voiture dont on exige un rendement, des performances. Ils n'auraient pas de conduite préventive en matière de santé et useraient leur corps jusqu'à l'accident (Amiel-Lebigre et Gognalons-Nicolet, 1993).

On peut aussi faire une seconde hypothèse que l'attitude des hommes correspond à la médecine classique encore largement dominante dans les pays riches de l'hémisphère Nord et qu'en revanche, l'attitude des femmes est plus proche des médecines parallèles et des pratiques médicales des guérisseurs dans les pays pauvres. La médecine rapide interventionniste et « hard » d'un côté, la médecine lente, holistique et douce de l'autre...

### **L'adulte masculin comme référence, pourquoi ?**

La médecine qui reste –même si la haute sophistication et la technicité des pratiques médicales tentent à nous le faire oublier– un art, et non une science, s'est construite depuis les origines de l'humanité. L'être humain en proie à la douleur, à la maladie a de tout temps cherché les moyens de la guérison et du mieux-être. Quant au corpus des connaissances médicales, il s'est formé par l'observation, la méthode des essais et des erreurs, l'apport de l'expérience... C'est par strates, par couches que le savoir s'est créé et a été progressivement écrit, encodé et enseigné. Cette entreprise a été, à ses débuts, menée par des hommes et des femmes, mais celles-ci ont été évincées<sup>3</sup> du processus.

Les femmes qui pratiquaient l'art de guérir ont été exclues drastiquement du processus de construction de la science médicale. L'exclusion a été violente comme en témoigne, au Moyen Âge, les chasses aux dites « sorcières ». Ces femmes, ces « sorcières » étaient des guérisseuses qui avaient accumulé un savoir et des connaissances. Ces connaissances échappaient à l'autorité religieuse, laquelle avait à l'époque la préséance et même la haute main sur les premiers scientifiques qui tentaient d'asseoir une autorité académique et scientifique (Levack, 2006 ; Hutton, 1999). De façon moins violente, le déni des capacités et des connaissances médicales détenues par les femmes est encore bien présent dans l'inconscient collectif. En témoigne, notamment, des expressions telles que « des remèdes de bonne femme ». Aujourd'hui, le nombre de femmes praticiennes est en passe de dépasser le nombre des praticiens mais les « grands professeurs de médecine » sont encore majoritairement des hommes. Les manuels d'enseignement sont encore majoritairement de la plume d'un homme. La situation évolue certes mais le poids du passé et de la tradition demeure.



La médecine dite classique et les discours médicaux ont été très longtemps et très majoritairement, voire exclusivement, le fruit du travail d'hommes qui ont « de façon naturelle » défini l'individu adulte masculin comme la norme. Cette norme prédomine encore dans la majorité des ouvrages et des manuels de médecine et au cours de la formation (Bury, 1988). Le cas « normal » est celui d'un homme adulte. Viennent ensuite les formes qui désignent tout ce qui s'écarte de la norme enseignée. Dans beaucoup d'ouvrages classiques, ces particularités liées au « terrain » de la maladie sont l'enfant, le vieillard, l'alcoolique et... la femme ! Cette « tradition d'approche » imprègne encore aujourd'hui la façon d'appréhender la maladie et ses manifestations.

Cette mise au centre de l'adulte masculin influence encore nettement le champ des recherches. La médecine se déploie pour les femmes en tant que reproductrices mais se montre beaucoup moins attentive à leurs besoins et leurs demandes en tant qu'êtres humains. C'est particulièrement observable dans l'aide médicale apportée dans les pays pauvres. L'intérêt pour la santé maternelle et infantile y est dominant. Les maternités obtiennent plus facilement des subventions et de l'aide que les départements de médecine générale ou les dispensaires. Dans les pays riches, l'ostéoporose et les arthroses invalidantes des membres inférieurs (maux caractéristiques de toute une génération de femmes qui ont beaucoup porté de courses avant l'arrivée des supermarchés et de leurs grands parkings, des chariots et des caddies ménagers) sont moins étudiées que le système reproductif.

Ces observations sont la conséquence directe des rapports de domination symbolique qui organisent la place des deux sexes dans la société et dans les représentations collectives : les hommes, dans la position dominante, sont perçus comme le « prototype de l'être humain ». Les femmes, subordonnées aux premiers, sont perçues comme des « cas particuliers ». Cette façon de raisonner engendre deux résultats. D'abord, les femmes ont été longtemps exclues – et dans bien des domaines, elles le sont toujours – des études sensées concerner l'ensemble de la population : en tant que « catégorie spécifique », elles ne sont pas considérées comme représentatives de celle-ci. Deuxièmement, dans les recherches, il a été pendant longtemps tout à fait logique – et cette situation perdure encore souvent – de ne pas dépenser d'énergie, de temps et d'argent en prenant en compte la variable sexe. En effet, si l'on demeure dans la logique que nous tentons de démonter, rien ne s'oppose au fait de généraliser à l'ensemble de la population des résultats obtenus en étudiant des échantillons exclusivement composés d'hommes, car ces derniers sont bel et bien représentatifs de l'ensemble de l'humanité.

### *L'exemple du VIH/sida et de la trithérapie*

Dès le début de l'épidémie, il a fallu faire face à une question fondamentale : la maladie frapperait-elle mortellement tous les séropositifs ou certains d'entre eux ? Il fallait, d'urgence, faire des recherches selon la méthode dite « des cohortes »<sup>4</sup> qui permet de suivre l'évolution de la maladie. C'est une méthode qui exige assez de discipline et de disponibilité de la part des individus médicalement suivis. Le premier milieu le plus menacé, celui des homosexuels américains, s'est mobilisé pour les recherches avec beaucoup d'efficacité. Il en résulte que les premières « cohortes » analysées ont été celles des homosexuels de San Francisco et de quelques autres villes des États-Unis.

Quand à partir de 1980, une équipe de chercheurs américains (Mellors *et al.*, 1997) a eu l'idée de prélever tous les six mois du sérum de patients séropositifs, elle a travaillé avec une population-test composée d'homosexuels séropositifs. Dix ans plus tard, les recherches ont abouti. On a pu, *a posteriori*, mesurer la charge virale – quantité d'ARN – dans les sérums prélevés chez les malades décédés. C'est sur cette base que la hauteur de la charge virale qui déterminait l'évolution de la maladie vers la mort a été établie. C'est sur la base de ces tests et de ces recherches que le seuil a été fixé pour appliquer la trithérapie. En 1997, c'est donc très clairement à partir d'études faites sur des hommes américains du Nord que l'on a établi une recommandation « universelle » concernant le moment et le seuil de charge virale où il fallait intervenir dans les cas de séropositivité.

En 1998, un chercheur, Homayoon Farzadegan, a refait le même travail que l'équipe de Mellors et il a choisi une cohorte de toxicomanes infectés qui comprenait un tiers de femmes (Farzadegan *et al.*, 1998). Ce travail permettait donc une comparaison entre des hommes et des femmes observés dans les mêmes conditions. Farzadegan a alors constaté que les charges virales des femmes étaient, à durée égale d'infection et à degré égal de déficit immunitaire, toujours inférieure de moitié à celle des hommes. Cependant, les cas de décès n'étaient pas inférieurs chez les femmes malgré leur charge virale plus basse. La conclusion est qu'un taux donné de charge virale chez une femme avait la même valeur prédictive de décès qu'un taux deux fois plus grand chez l'homme. Il en résulte qu'en matière de traitement, de trithérapie, il aurait fallu, dès le début, faire bénéficier les femmes d'un traitement pour un niveau de charge virale inférieur de moitié à celui des hommes. On n'a pas, à ce jour, encore mesuré avec précision l'ampleur des conséquences de cette absence de prise en compte de la spécificité féminine dans le traitement du sida. La maladie a été, d'emblée, considérée comme une maladie masculine. Les premières études n'ont pas ou très peu porté sur la population des femmes atteintes. Le risque de

transmission entre les hommes et les femmes a été largement sous-estimé. On est donc parti d'une base erronée par rapport à la situation telle qu'elle a évolué : aujourd'hui, le sida n'est plus une maladie de jeunes hommes blancs. Les cas d'infections dus au VIH se sont massivement déplacés de l'Amérique du Nord vers l'Afrique, l'Amérique du Sud et l'Asie où les femmes sont tout autant atteintes que les hommes. Selon l'OMS, le sida est la quatrième cause de décès pour les femmes des pays à revenu faible<sup>5</sup>. Chiffres de l'ONUSIDA en 2010 : les femmes représentent 52% des personnes vivant avec le VIH dans le monde. En Afrique sub-saharienne, 60% des personnes vivant avec le VIH sont des femmes et des filles.

### Les médicaments et le genre

En ce qui concerne les médicaments et la pharmacopée, il est légitime d'extrapoler la précédente analyse de la construction de la médecine : il s'agit d'un processus empirique qui s'est construit depuis l'origine de l'humanité. Les remèdes ont d'abord été recherchés et trouvés dans les plantes, les minéraux, les herbes, les plantes médicinales appelées « simples », les décoctions, les enveloppements...

Les femmes étaient, à l'origine, partie prenante de cette entreprise de juguler la douleur ou d'acquérir de plus grandes capacités. Les philtres et les remèdes étaient produits par des sorcières et des sorciers, par des magiciens et des magiciennes. C'est plus tard que les femmes ont été évincées et renvoyées avec mépris à leurs « remèdes de bonnes femmes ». La mise à l'écart s'est renforcée au cours des siècles et plus encore avec l'arrivée, relativement récente, de l'industrie chimique du médicament qui a produit des « empires financiers » : Bayer, Aventis...

Dans ces entreprises, c'est la loi du profit qui règne et qui dicte les méthodes en usage pour tester les médicaments. Il faut faire au moindre coût. Pour tout nouveau médicament, on commence par tester la toxicité et les effets sur des animaux et ensuite on passe avec de très faibles doses aux humains. Les sujets des expériences sont des sujets adultes masculins. Les femmes sont exclues des populations-tests pour deux raisons majeures. La première est que le risque est trop grand et trop grave que la femme qui prête son corps à l'expérimentation se retrouve enceinte. La deuxième raison est que le corps féminin est moins stable et plus complexe parce que soumis aux variations hormonales. Pour bien suivre les effets d'un médicament, il est plus simple et surtout plus économique de pratiquer l'observation sur un organisme masculin. Les laboratoires minimisent au maximum les variables et les coûts des tests, il faut aller au plus simple. Tant pour l'effet du médicament que pour le dosage, c'est l'individu masculin qui est la norme. Ensuite, de façon rapide et automatique, les médi-

caments sont administrés aux femmes avec des dosages tenant compte de leur poids généralement plus faible. La même observation peut être faite concernant les personnes âgées et les enfants : les médicaments qui leur sont administrés sont également testés sur la « population-type » de l'individu masculin adulte et rapidement adaptées.

### *L'exemple de l'ibuprofène*

Une étude australienne a testé l'effet antalgique de l'ibuprofène (Walker & Carmody, 1998). Les chercheur·e·s ont comparé la réponse à un stimulus douloureux sur le lobe de l'oreille et l'effet antalgique de l'ibuprofène à ce même stimulus chez des hommes et des femmes volontaires et en parfaite santé. Le premier point étudié était le « seuil » de la douleur, c'est-à-dire l'intensité de la stimulation nécessaire pour faire apparaître une sensation de douleur. Ce seuil douloureux est apparu plus bas chez les femmes, ce qui signifie qu'une stimulation qui provoquait une sensation douloureuse chez la plupart des femmes ne provoquait pas de réaction chez les sujets masculins soumis au test. En d'autres termes, les femmes avaient plus vite mal. Le même résultat s'est retrouvé quant à la tolérance à la douleur, c'est-à-dire le niveau de stimulation douloureuse jugée supportable par un individu. Ce qui a retenu l'attention, c'est que seuls les hommes ont bénéficié de façon statistiquement significative de l'effet antalgique du médicament par rapport à l'administration d'un placebo. Les stimulations nécessaires pour créer une sensation de douleur étaient plus élevées chez les hommes après administration de l'antalgique. À l'opposé, chez les femmes, il n'y avait pas de différence entre celles qui recevaient le médicament et celles qui recevaient le placebo. Les chercheur·e·s se sont donc penché·e·s sur cette inefficacité relative et ont pensé que le médicament pouvait être absorbé différemment selon le sexe du sujet d'expérimentation. Ils ont procédé à des dosages sanguins après l'administration de la même dose de produit et les résultats n'ont montré aucune différence de taux entre les hommes et les femmes qu'ils et elles aient ou non ressenti un effet antalgique. *« La différence d'efficacité du médicament ne s'explique donc pas par un défaut dans l'assimilation du médicament mais plutôt par une différence réelle d'activité du produit en fonction du sexe »* (Sereni & Sereni, 2002). Il faut chercher ailleurs. Le domaine de recherche qui s'ouvre est celui de la biologie de la différence entre les sexes. L'objet de cette branche de la recherche en biologie est l'analyse des causes biologiques de la différence. *« Comprendre la biologie de la différenciation peut s'avérer aussi difficile que de déchiffrer le code génétique mais tout aussi accessible si on utilise une méthode adaptée et si l'on est porté par la volonté d'aboutir à la vérité sans s'arrêter aux préjugés quels qu'ils soient »* (Sereni et Sereni, 2002). Reconsidérer l'usage et les habitudes d'une médecine qui considère les

patient·e·s sans *distinguo* de sexe est difficile et demande un effort ainsi que de la disponibilité d'esprit. Il s'agit d'accepter que la différenciation sexuelle des organismes s'étend au-delà de l'appareil reproductif et d'envisager que le système endocrinien, le système immunitaire ne fonctionnent vraisemblablement pas de façon identique chez un homme et une femme.

## Conclusion

La réponse à la question-titre de cet article est donc positive. En dépit de l'idéal de la distanciation clinique, la variable-sexe a une influence sur les pratiques médicales. Le fondement ou les bases de cette différenciation sont multiples. Il y a donc lieu de reconsidérer et de disséquer les idées reçues et de « *s'honorer d'être capable de penser demain autrement qu'aujourd'hui* » (Marguerite Yourcenar, 1968). La prise en compte du genre pourra conduire à une « *amélioration substantielle de la santé de la société dans son ensemble. Chercher à construire la parité entre les hommes et les femmes peut se révéler comme étant l'un des chemins les plus efficaces pour que la santé en tant que secteur professionnel fonctionne au mieux et pour que la santé en tant qu'état de l'individu soit atteinte pleinement par chacun et chacune* » (Casini et Jacquet, 2013).

Une dernière remarque : les propos du présent article s'appliquent aux pays riches. Dans les pays pauvres et dans des conditions de précarité, l'inégalité est criante. De nombreux fœtus féminins sont éliminés. On ne soigne pas les petites filles comme les petits garçons. À l'âge adulte, les soins médicaux se concentrent principalement sur les femmes en tant que reproductrices. Ces faits sont notamment détaillés dans les rapports annuels sur le développement humain publiés par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD).

## Notes

- 1 Organisation Mondiale de la Santé (2008). Statistiques sanitaires mondiales, Paris OMS.
- 2 Le terme « Yentl » fait référence à une nouvelle de l'écrivain Singer qui raconte les aventures d'une femme qui, pour avoir la possibilité d'étudier, se fait passer pour un homme.
- 3 Dictionnaire Larousse 2017, « évincer » du latin evincere : vaincre complètement ; verbe transitif : empêcher quelqu'un d'accéder à une fonction, ou l'en déposséder, lui en interdire l'accès ou l'éliminer par intrigue ou manœuvre.
- 4 En analyse de données, la cohorte résulte d'un processus de segmentation qui permet d'étudier dans le temps le comportement d'une population ayant pour point commun un événement précis (agi ou subi) sur une même période. Une fois la période et l'événement déterminés, on pourra étudier cette cohorte sur toute période (antérieure comme postérieure à cet événement) pour découvrir les corrélations, points de convergence et points de différenciation (Wikipedia Cohorte\_démographie).
- 5 Organisation Mondiale de la Santé, Statistiques sanitaires mondiales, Paris : OMS, 2008.

## Bibliographie

- AMIEL-LEBIGRE, F. et GOGNALONS-NICOLET, M., *Entre santé mentale et maladie*, Paris : PUF, 1993.
- BURY, J.A., *Éducation pour la santé*, Bruxelles : De Boeck-Wesmael, 1988.
- CAPEWELL, S., MACINTYRE, K., STEWART, S., CHALMERS, J.W.T., BOYD, J., FINLAYSON, A., REDPATH, A. *et al.*, Age, sex and social trends in out-of-hospital cardiac deaths in Scotland 1986-1995: a retrospective cohort study, *The Lancet*, vol.358(9289), 2001, p.1213-1217.
- CASINI, A. et JACQUET, I., Intégrer la dimension du « genre » dans les programmes de formation des professionnels de la santé, in PARENT, F. et JOUQUAN, J. (dir.), *Penser la formation des professionnels de la santé. Une perspective intégrative*, Bruxelles : De Boeck, 2013, p.153-168.
- FARZADEGAN, H., HOOVER, D.R., ASTEMBORSKI, J., LYLES, C.M., MARGOLICK, J.B., MARKHAM, R.B., QUIN, T.C. et al., Sex differences in HIV-1 viral load and progression to AIDS, *The Lancet*, vol.352(9139), 1998, p.1510-1514.
- HERITIER, F., *Masculin, féminin I. La pensée de la différence*, Paris : Odile Jacob, 1996.
- HEALY, B., The Yentl syndrome, *New England journal of Medicine*, vol.325, n°4, p.274-276.
- HUTTON, R., *The Triumph of the Moon: A History of Modern Pagan Witchcraft*, Oxford-New York : Oxford University Press, 1999.
- LEVACK, B.P., *The Witch Hunt in Early Modern Europe*, Londres-New York : Longman, 2006<sup>3</sup>.
- MELLORS, J.W., MUNOZ, A., GIORGI, J.V., MARGOLICK, J.B., TASSONI, C.J., GUPTA, P., KINGSLEY, L.A., *et al.*, Plasma viral load and CD4+ Lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 Infection, *Annals of Internal Medicine*, vol.126, n° 12, 1997, p.946-954.

SERENI, C. et SERENI, D., *On ne soigne pas les femmes comme les hommes*, Paris : Odile Jacob, 2002.

TRAUBE, P., *Éloge du prêt-à-penser*, Bruxelles : Labor, 2002.

WALKER, J.S. et CARMODY, J.J., Experimental pain in healthy human subjects: gender differences in nociception and in response to ibuprofen, *Anesthesia et Analgesia*, vol.86, n° 6, 1998, p. 1257-1262.

# **L'opposition « femme-nature » et « homme-culture » au cœur de la conception des seuils de la reproduction en AMP face aux pratiques des médecins et patientes en France**

*Manon Vialle*

## **Introduction**

L'étude de l'assistance médicale à la procréation (AMP) en France, au croisement des questions d'âge et de genre, révèle des asymétries importantes dans la façon dont sont appréhendés les seuils de la reproduction féminine et masculine. Au sein de l'article du code de la santé publique qui spécifie les règles d'accès à l'AMP, dont la dernière révision date de 2011, il est spécifié que *seuls les couples hétérosexuels, vivants, en âge de procréer, pour qui le caractère pathologique de l'infertilité a été médicalement diagnostiqué* ont la possibilité d'être pris en charge. Autrement dit, il faut être en capacité théorique de pouvoir se reproduire « naturellement » mais en incapacité pratique de le faire en raison d'une pathologie quelconque pour pouvoir recourir à l'AMP en France (Fassin, 2002 ; Tain, 2004, 2013 ; Löwy, 2006, 2009). Ce cadre « naturel » définit ainsi d'un point de vue légal, médical et plus largement moral, les types d'infertilités qui apparaissent comme légitimes ou non pour une prise en charge.

Néanmoins, certains aspects de ce cadre légal s'avèrent relativement flous, comme le fait d'être « *en âge de procréer* ». C'est aux professionnels de la reproduction que revient le soin de définir plus précisément les cadres de la prise en charge en AMP. C'est ainsi que dans les faits, ils prennent généralement les couples en charge en se référant pour les femmes à la limite de la prise en charge de la sécurité sociale fixée au 43<sup>ème</sup> anniversaire de la



femme (Vialle, 2014). Cet âge limite est expliqué par la forte diminution des taux de grossesse à cet âge-là dans le cadre de la fécondation *in vitro* (FIV) intraconjugale, technique qui ne permet pas de pallier l'altération physiologique de la réserve ovarienne survenant avec l'avancée dans les âges. C'est donc en référence à la physiologie féminine, et plus particulièrement, à l'altération « naturelle » de la réserve ovarienne que la limite de l'âge à la procréation est justifiée pour les femmes dans le cadre de l'AMP (*Ibid.*). La définition de cet âge limite n'étant pas une obligation légale, les professionnels s'y réfèrent le plus souvent mais peuvent aussi ponctuellement prendre en charge des femmes par-delà leur 43<sup>ème</sup> anniversaire, sans que les frais médicaux ne leur soient remboursés, lorsqu'ils considèrent que leur réserve ovarienne est encore suffisante. De même, si l'altération de la réserve ovarienne est considérée comme trop avancée pour obtenir une grossesse chez une femme ayant entre 40 et 43 ans, la prise en charge sera arrêtée avant son 43<sup>ème</sup> anniversaire<sup>1</sup>.

Quant aux hommes, la sécurité sociale n'impose pas de limite de remboursement en fonction de leur âge, et les professionnels les prennent en charge au cas par cas selon les centres d'AMP, généralement jusqu'à 58-59 ans. Cette limite repose sur le fait que, naturellement, les hommes peuvent procréer plus tardivement que les femmes, mais elle tient aussi compte de l'espérance de vie et de l'âge jusqu'auquel les médecins les estiment en capacité de pouvoir élever un enfant en étant en « bonne » santé (Vialle, 2014).

Ainsi, il existe une asymétrie importante dans la façon dont les limites d'âge d'accès à l'AMP sont envisagées pour les femmes et pour les hommes : elle est référée à l'infertilité « naturelle » liée à l'altération physiologique de la réserve ovarienne pour les femmes et à la « capacité éducative » pour les hommes (*Ibid.*).

Dans ce contexte, cet article se donne pour objectif de questionner les seuils féminins et masculins d'accès à l'AMP, et en particulier le fait qu'ils reposent sur une vision strictement « naturaliste » de la reproduction féminine, sans équivalent pour les hommes. Pour cela, nous allons nous appuyer sur deux enquêtes qualitatives auprès d'un ensemble de médecins et patientes et étudier, à partir de leurs discours sur leurs pratiques de l'AMP, la façon dont ils appréhendent les seuils de la reproduction, de la fertilité et de l'infertilité.

Les deux enquêtes sur lesquelles nous allons nous appuyer ont été menées dans le cadre d'une thèse de doctorat en sociologie soutenue en décembre 2017, portant plus largement sur un questionnement de l'opposition normal/pathologique du modèle bioéthique français de l'AMP à partir de l'étude du traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge (Vialle, 2017).

L'enquête auprès des professionnels de l'AMP a été réalisée en 2010 et 2011, par une équipe de chercheurs encadrants et d'étudiants en master et doctorat de l'EHESS à Marseille, au sein de deux centres d'AMP de la même ville. La visée pédagogique de cette enquête collective, dont l'objectif premier était l'apprentissage des méthodes d'enquêtes en sciences sociales, conduite sur un temps court une première année puis reconduite une deuxième année avec une autre promotion d'étudiants (2 x 1 mois d'enquête), ne permettait pas une analyse globale et exhaustive de l'ensemble des entretiens recueillis (62 entretiens au total auprès des divers professionnels de l'AMP : gynécologues, biologistes, secrétaires, sages-femmes, psychologues, techniciens de laboratoire, endocrinologue). J'ai donc eu en charge avec une collègue doctorante, sous la direction de notre directrice de thèse, d'exploiter la totalité des données recueillies, en m'intéressant plus particulièrement pour ma part à la question des limites d'âge.

Par la suite, j'ai réalisé une seconde enquête auprès d'un ensemble de femmes inscrites en parcours d'AMP en raison d'une infertilité attribuée à l'altération physiologique de leur réserve ovarienne. 23 femmes ont ainsi été interrogées en 2014 et 2015. Elles étaient âgées entre 40 et 43 ans et étaient prises en charge en AMP au sein des deux mêmes centres que ceux de l'enquête précédente.

De nombreuses questions étaient traitées dans le cadre de ces deux enquêtes et nous allons ici nous intéresser à une seule partie d'entre elles.

Pour commencer, nous allons faire un succinct état de la question de l'opposition entre « femme-nature » et « homme-culture » à partir de travaux en sciences humaines et sociales. Nous proposons en effet au cœur de cet article de questionner cette opposition dans le cadre précis de l'élaboration des seuils de prise en charge en AMP en France. Or, cette opposition a été étudiée et critiquée de longues dates par de nombreux et nombreuses anthropologues et féministes.

Dans une seconde partie, nous nous intéresserons aux discours des professionnels de l'AMP sur un point précis qui concerne leurs pratiques de prise en charge en AMP : sur quels motifs acceptent-ils ou refusent-ils les couples en AMP ? Qu'est-ce que ces critères nous disent de leurs représentations des seuils de la reproduction ?

Dans une troisième partie, à partir de l'enquête auprès des patientes de plus de 40 ans en parcours d'AMP, nous explorerons comment elles envisagent pour elles-mêmes le seuil de leur engagement en AMP. Cette question était centrale pour elles au moment des entretiens puisqu'elles étaient confrontées aux limites d'âge légale, administrative et médicale de la prise en charge en AMP.

Nous verrons à partir de ces deux enquêtes que par-delà le modèle « naturaliste » de la reproduction tel qu'envisagé par le cadre légal et administratif de l'AMP, d'autres référents s'imposent aux professionnels et patientes pour envisager les seuils de la reproduction.

### **L'opposition « femme-nature » et « homme-culture » : les apports de la socio-anthropologie**

Précisons pour commencer que l'opposition existant entre « femme-nature » et « homme-culture » (Mathieu, 1973) a fait l'objet de longue date de critiques de la part de nombreuses chercheuses et chercheurs féministes. Leurs réflexions accompagnant cette opposition se sont notamment articulées autour des questions de genre, à savoir l'étude de la hiérarchie et des rapports de domination entre les sexes. C'est plus particulièrement en s'intéressant aux phénomènes « bio-sociaux » tels que la reproduction et aux événements connexes que sont la puberté, la procréation, la gestation, l'enfantement, la ménopause, que les chercheuses et chercheurs ont progressivement interrogé les justifications « naturalistes » mobilisées pour légitimer les différences sociales entre hommes et femmes. Ces phénomènes, considérés comme relevant du seul « fait biologique », ont en effet longtemps fait l'objet d'une conception strictement « naturaliste », y compris au sein des travaux anthropologiques.

Ce n'est qu'à partir des années 1970 qu'une nouvelle génération d'anthropologues féministes a questionné cette dichotomie, son rôle, pour expliquer les différences de genre, ainsi que sa dimension ethno- et androcentrée (Mathieu, 1973, 1991 ; Ortner, 1974 ; Guillaumin, 1992). Au cours de cette même période, dans le champ de la parenté, plusieurs anthropologues se sont aussi attachés à montrer que nulle part, la dimension biologique de la reproduction ne permet d'engendrer un être humain complet. Il doit être défini en tant que membre d'une communauté et reconnu parmi les siens à travers un réseau relationnel complexe, en prenant place dans un ordre culturel et symbolique de parenté lui préexistant (Schneider, 1984 ; Martin, 1987 ; Weiner, 1988 ; Strathern, 1992).

L'anthropologie féministe, l'anthropologie de la parenté et l'anthropologie de la reproduction sont fortement liées autour des objets qu'elles étudient (Fassin, 2002). Les chercheuses féministes ont expliqué les rapports de pouvoir et la hiérarchie entre les sexes en questionnant le lien établi entre femme et « nature », notamment dans le domaine de la sexualité et de la reproduction. Leurs travaux étudiaient « *la naturalisation de la différence des sexes par la reproduction* » et portaient donc à la fois sur le genre et la parenté, en plaçant la maternité au centre de leur étude (*Ibid.*, 2002 : 106).

Ce qu'il faut ajouter, c'est que cette distinction opérée entre «femme-nature» et «homme-culture» a aussi fortement influencé les représentations des sciences médicales. L'histoire, l'anthropologie et la sociologie des sciences se sont également saisies, dans une démarche féministe, de la question des asymétries de genre et de la dichotomie nature/culture dans le cadre de l'étude de la médecine. Des chercheuses et chercheurs se sont attaché·e·s à déconstruire la notion même de «nature» alors au cœur des sciences médicales (Gardey et Löwy, 2000). Leur travaux ont montré comment la médecine participe à la «naturalisation» de la binarité sexuelle, de la sexualité et de la reproduction à travers un traitement différencié des corps des femmes et des hommes (Oudshoorn, 1994 ; Fausto-Sterling, 2000 ; Gardey, 2013). Centrée particulièrement sur les femmes, la médecine a «pathologisé» et «biologisé» leurs corps. Elle a ainsi renforcé les inégalités de genre et justifié des rôles sociaux différenciés sur la base d'une «fatalité biologique» (Ehrenreich et English, 2015 [1973], 2016 [1973] ; Martin, 1987, 1991 ; Dorlin, 2009). Or, «*la particularisation des femmes, notamment par le renvoi sur leur fonction maternelle*» a structuré les représentations sociales et médicales, ainsi que le rapport au monde et à la santé des femmes, et ainsi, les inégalités entre les sexes (Membrado, 2006 : 16). Ces travaux se sont aussi attachés à étudier le rôle fondamental de la médecine dans l'élaboration des normes sociales. Michel Foucault a ainsi montré comment la médecine a peu à peu renforcé son emprise sur les corps et les sexualités, développant ainsi un contrôle social des corps (1963, 1976).

Au cours de la dernière décennie, plusieurs sociologues se sont intéressés aux contrôles des corps féminins, de la sexualité et de la reproduction qu'opèrent différents champs médicaux et en particulier la gynécologie. Quelques-uns de leurs travaux se sont attachés à montrer comment dès l'adolescence, le contrôle et le suivi gynécologique des jeunes filles est l'occasion d'un discours prescriptif et normatif en termes de conduites sexuelles, contraceptives et reproductives (Bozon, 2005 ; Bajos et Bozon, 2008 ; Guyard, 2008, 2010). Ils montrent que les discours médicaux, sous couvert de normes médicales, véhiculent des normes sociales qui perpétuent voire renforcent les normes de genre et les inégalités entre les sexes. D'autres travaux se sont plus spécifiquement intéressés aux discours médicaux accompagnant la ménopause et montrent une «naturalisation» et une «pathologisation» d'un phénomène pourtant également éminemment social. Ces discours, qui plus est, véhiculent là encore des stéréotypes de genre en terme de comportements sexuels et reproductifs (Vinel, 2007 ; Charlap, 2015 ; Théré, 2015). Plus largement, les discours médicaux renforçant les représentations et les inégalités de genre, sur la base de référents «naturels», se retrouvent tout au long des trajectoires biographiques des individus.

Ainsi, plusieurs générations de chercheuses et chercheurs féministes se sont déjà attachées à dévoiler et critiquer le lien qui a été établi, y compris au sein des sciences médicales, entre femme et « nature », et qui justifie des attentes et des rôles sociaux différenciés entre femmes et hommes. Néanmoins, il demeure fortement prégnant, notamment dans le cadre de l'AMP française, et en particulier lorsque nous l'appréhendons au croisement des questions d'âge et de genre.

Dès lors que l'on s'intéresse à la question de l'âge en AMP et à la façon dont cet indicateur est mobilisé pour constituer des seuils dans l'accès à ces techniques médicales, les questions des asymétries de genre et de la « naturalisation » de la reproduction apparaissent comme étroitement imbriquées. Comme le précisent Michel Bozon et Juliette Rennes, *« alors que l'âge civil est en principe une catégorie juridique neutre du point de vue du sexe des personnes, l'évidence de la « différence naturelle » entre les sexes justifie (...) l'institution de normes d'âge sexuées qui en retour légitiment les différences de genre »* (2015 : 9). Dans le cadre de l'AMP française quelques chercheurs et chercheuses ont en effet montré comment les limites d'âges reposent sur les limites « naturelles » de la procréation et reproduisent des asymétries de genre sur la base de « faits biologiques » (Löwy, 2009 ; Fassin, 2002 ; Tain, 2013). Et nous avons vu que cette vision « naturaliste » de la reproduction concerne principalement le seuil d'âge féminin d'accès à l'AMP (Vialle, 2014).

La notion de « naturalisme » que nous mobilisons consiste à expliquer les différences entre femmes et hommes sur la base de faits biologiques. Les travaux cités ont montré que cette vision euro-américaine est particulièrement prégnante dans le domaine de la reproduction. Par la procréation, la gestation et la naissance, les femmes seraient pleinement immergées dans la nature, davantage que ne le sont les hommes. Puisqu'il serait « naturel » pour les femmes de porter et d'élever un enfant, il irait de soi que ces dernières soient davantage attachées aux domaines de la sphère privée tels que le soin et l'éducation des enfants, quand les hommes sont davantage attachés aux domaines de la sphère publique. De la même façon, dans le cas nous intéressant, il irait de soi que les limites posées aux femmes pour accéder à l'AMP reposent sur des faits uniquement d'ordres biologiques puisqu'ils conditionnent la maternité, quand pour les hommes, ce sont des référents d'ordres sociaux tels que l'éducation sur lesquels reposent leurs conditions d'accès à ces mêmes techniques. Les institutions définissant les règles, normes, lois et catégories sociales sont elles-mêmes imprégnées de représentations sociales qu'elles reproduisent à leur tour (Douglas, 2004 [1986]), comme la naturalisation de la reproduction féminine.

Cette vision «naturaliste» a des implications très concrètes dans la société. D'une part, elle induit l'énonciation d'un discours social moralisateur et prescripteur à l'encontre des femmes, leur intimant de se conformer à leur «nature» en ne tardant pas à faire des enfants (Vialle, 2014 ; 2017). D'autre part, elle entraîne l'énonciation de règles d'accès à l'AMP asymétriques entre femmes et hommes, reposant sur la stricte biologie pour les unes et sur les compétences sociales et relationnelles pour les autres. Ces règles reposant sur la nature féminine sont justifiées par l'opposition entre une infertilité «pathologique» et une infertilité «normale» et conduisent à une opposition entre deux AMP : une AMP légitime (dans le cadre de la nature) et une AMP illégitime dite «de convenance» (en dehors du cadre de la nature). Ainsi, l'AMP pratiquée dans un strict cadre «pathologique» se conformerait aux lois de la nature, hors de ce cadre elle serait illégitime et est interdite. C'est ainsi que les femmes de plus de 40 ans ne sont plus prises en charge en AMP dès lors que leur réserve ovarienne est trop altérée, qu'une limite maximale leur est fixée à 43 ans, ou encore que le recours à l'autoconservation ou au don d'ovocytes pour pallier l'altération de leur réserve ovarienne ne leur est pas permis. Pourtant, les règles de l'AMP et leur dimension «naturaliste» se trouvent aujourd'hui mises en tension par les évolutions de la société et les demandes en matière de reproduction telles que celles liées au recul de l'âge à la maternité. Dans ce cadre, nous nous demanderons au fil de cet article comment, dans la pratique, les seuils de la reproduction sont envisagés du point de vue des professionnels et des femmes quadragénaires en AMP ?

### **Les pratiques de prise en charge des professionnels par-delà le référent «naturaliste»**

Nous allons nous intéresser dans cette partie aux pratiques de prise en charge en AMP des professionnels de la reproduction, premièrement à travers l'étude de leurs décisions de prise en charge, et deuxièmement à travers leur pratique de prise en charge des couples une fois qu'ils sont acceptés.

#### *L'importance du profil social des couples dans la décision de prise en charge en AMP*

L'enquête montre que face aux profils variés des couples souhaitant accéder à l'AMP, les décisions d'acceptation ou de refus ne sont pas toujours simples et évidentes à déterminer pour les professionnels. La prise en charge peut être considérée d'emblée comme non problématique car en conformité avec le cadre du modèle bioéthique de référence. C'est notamment le cas lorsqu'il s'agit de couples sans enfants dont la femme a moins

de 43 ans, l'homme moins de 58 ans, et qui présentent une infertilité clairement diagnostiquée médicalement. Il peut s'agir par exemple d'une infertilité due à un problème dit « mécanique » comme les trompes bouchées chez la femme ou un trouble de l'érection chez l'homme, ou encore d'une altération de la production de gamètes considérée comme anormale compte tenu de l'âge (ménopause « précoce » par exemple). À l'inverse, d'autres situations, sont clairement identifiées comme irrecevables, car strictement en contradiction avec le cadre légal de l'AMP. C'est le cas notamment des demandes provenant des personnes célibataires, en couple homosexuel, ou des couples hétérosexuels ayant plus de 43 ans pour la femme ou plus de 60 ans pour l'homme.

Toutefois, d'autres situations apparaissent moins évidentes à appréhender : celles s'inscrivant dans les limites du cadre bioéthique mais pour lesquelles le profil social du couple questionne la légitimité de la demande. Ces cas sont extrêmement divers (Schuller, 2018). Il s'agit par exemple des couples dont l'un des membres a un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie, souffre d'une maladie, d'un handicap physique ou psychiatrique, ou a été condamné pénalement. Cela peut également concerner les couples au niveau socioéconomique peu élevé (identifiés comme tel par les professionnels en tant que bénéficiaires de la CMU ou de l'AME), ou dont le niveau linguistique en français est faible. Il peut aussi s'agir de couples ayant déjà plusieurs enfants, ou encore ayant eu une première expérience de parenté jugée négativement (enfants abandonnés ou placés).

De manière générale, ces différents cas interrogent les professionnels quant au bien-fondé de la prise en charge en AMP. Leurs questionnements ne concernent pas l'alignement au cadre légal de l'AMP à savoir : est-ce que ces demandes de prise en charge relèvent d'une infertilité « pathologique » dans un cadre « naturel » de procréation. Les interrogations des professionnels sont liées à des critères sociaux, non pris en compte et non définis par le cadre légal de l'AMP (Schuller, 2018). Face à ces diverses situations, ces derniers sont ainsi seuls juges et éprouvent des difficultés à prendre une décision : « *Devons-nous prendre en charge des couples dans telles ou telles situations ?* », « *Pouvons-nous nous poser en juge ?* », « *Quels motifs de refus ou d'acceptation de prise en charge peuvent être valables ?* ». Les différents cas rapportés par les médecins interrogés permettent d'observer, par-delà la dimension « naturaliste » du modèle bioéthique, la prise en compte de référents sociaux dans la décision de prise en charge, qui repose sur des arguments subjectifs formulés au cas par cas (Memmi, 2003 ; Doron *et al.*, 2011 ; Bataille et Virole, 2013 ; Mathieu, 2013 ; Schuller, 2018).

Secrétaire : *Un jour j'ai eu le cas dans le passé, d'un couple où le monsieur avait une épée de Damoclès sur la tête parce qu'il avait eu un cancer, il*



*était en rémission, et sa femme voulait à tout prix un enfant. On lui avait, au CECOS ils lui avaient pris les paillettes avant de faire une chimio, souvent ils prennent avant. Donc après se pose, alors ils le prennent avant, mais après ils se posent plein de questions les médecins, on le fait ou on le fait pas, est-ce qu'on fait un enfant qui risque de perdre son père ou est-ce qu'on... Et ça m'avait, j'avais trouvé ça très moche parce qu'il y avait une demande énorme de ce couple et ils ont été ballottés de médecins en médecins, d'éthique en éthique, enfin de commission en commission, au final ben ils ne l'ont pas eu cet enfant et personne n'a osé se prononcer. Personne n'a osé accepter. On le fait, on ne le fait pas. Ça reste un gros problème de conscience.*

Cet extrait permet d'observer comment les professionnels, en statuant sur le droit ou non du couple à avoir un enfant par AMP, inscrivent leur réflexion dans une temporalité particulière : à partir de ce qu'ils observent de la situation présente, ils essaient d'appréhender la situation à venir pour l'enfant. Ils estiment qu'un enfant doit avoir deux parents, qui plus est, en meilleure santé possible. Les professionnels se demandent dans le cas énoncé si le père ne risque pas de décéder tôt en raison de sa maladie. Ils ne souhaitent pas être à l'origine d'une situation qui serait, selon eux, non idéale pour l'enfant à venir, en l'occurrence ici, participer à la naissance d'un enfant qui sera orphelin d'un des deux parents. Plus généralement, dans toutes les situations observées, ils s'interrogent sur la capacité future des deux membres du couple à pouvoir élever un enfant. Les décisions qu'ils prennent sont donc en référence à la relation que l'enfant aura – supposément – avec ses deux parents. Ils prennent en compte la temporalité longue de l'« engendrement » (Théry, 2011).

*Biologiste : À part les questions médicales, il y a des cas humains, des cas sociaux, qu'on peut discuter en staff. Ça arrive régulièrement, quand vraiment, bon je ne sais pas, on passe en staff par exemple vous savez en AMP, il faut bien réaliser qu'il y a beaucoup de couples recomposés aussi, donc monsieur, madame qui arrivent. Madame elle a trente et quelques années, elle a deux, trois enfants de son côté, monsieur il a deux ou trois enfants. À un moment donné c'est vrai qu'on se dit qu'est-ce qu'il faut faire là, alors bon, est-ce qu'il faut faire une assistance à la... on a des cas comme ça, qui ne sont plus des cas médicaux où on est embêté parce que c'est pas forcément à nous à décider parce que si ces gens avaient procréé naturellement ils n'auraient pas demandé notre avis. Les cas sociaux aussi, quand vraiment on voit que il n'y a pas du tout de revenu des deux côtés, qu'ils ont déjà cinq enfants dont ils s'occupent pas ou placés, il y a des cas de figure comme ça aussi, « Vous avez trois ou quatre enfants ils sont avec vous ? » « Non parce qu'ils sont placés », c'est ça...*



Une des questions posées par les professionnels est : « *jusqu'à combien d'enfants pouvons-nous estimer qu'il est légitime d'apporter encore notre aide aux couples demandant une prise en charge ?* ». Là encore la législation ne prévoit pas de limite et les professionnels s'interrogent s'ils doivent en fixer une. Mais il peut paraître intrusif de décider, à la place d'un couple, que ces derniers ont fait suffisamment d'enfants ou non. Ce problème est d'ailleurs énoncé par les professionnels. Ils décident donc au cas par cas, en prenant en compte à la fois des critères biologiques et des critères sociaux parmi lesquels le modèle de la famille déjà établie (première ou seconde union, nombre d'enfants) et le niveau socioéconomique.

En faisant reposer leurs décisions de prise en charge sur des référents biologiques, mais aussi sociaux, les professionnels montrent qu'ils n'agissent pas seulement en tant que techniciens se préoccupant du seul acte procréatif. L'enjeu pour eux n'est pas seulement de prendre en compte les conditions biologiques qui permettront la procréation, ils prennent également en compte les conditions sociales dans lesquelles l'enfant naîtra, en référence à la « norme procréative » (Bajos et Ferrand, 2006). Ce concept développé par Nathalie Bajos et Michèle Ferrand désigne le « bon moment de la maternité » : ni trop tôt ni trop tard, entre 25 et 35 ans (avant, les grossesses sont stigmatisées comme « précoces » (Le Van, 1997), après, comme « tardives », donc « à risque » (Langevin *et al.*, 1982).» (2006 : 92). Les auteures expliquent également que la « norme procréative » définit quelles seraient les « bonnes » conditions pour avoir un enfant, à savoir « un couple parental, stable affectivement, psychologiquement et matériellement, cette naissance s'inscrivant dans un projet parental, et survenant au bon moment des trajectoires professionnelles des deux parents » (*Ibid.* : 92). Les médecins se réfèrent à cette « norme procréative » pour statuer sur la légitimité des demandes de prise en charge en AMP.

Dans le cadre de son étude sur la pratique de l'avortement, Luc Boltanski montre que la procréation humaine ne peut être circonscrite au seul fait physiologique, à la seule dimension biologique de la reproduction (2004). Elle est toujours et nécessairement inscrite dans des significations et des valeurs, dans un processus relationnel complexe, ce qu'il désigne par la notion d'engendrement. L'enquête auprès des professionnels de l'AMP témoigne également de la dimension toujours éminemment sociale du fait reproductif. Alors que les directives qui sont fixées aux médecins par le cadre bioéthique ne reposent que sur des référents biologiques, dans les faits, ils prennent toujours aussi en compte l'« engendrement », constitutif de la procréation humaine (Théry, 2011). Nous voyons que les professionnels décident des prises en charge en tentant d'évaluer les capacités biologiques à procréer des personnes, soit en examinant les éventuelles défaillances dans la procréation, mais également en essayant de cerner les

éventuelles «défaillances d'engendrement», liées aux conditions sociales et matérielles dans lesquelles les parents mettront au monde leur enfant (Boltanski, 2004).

Pourtant, la dimension sociale de la prise en charge de l'infertilité est évaluée du modèle normatif de référence tel qu'envisagé par le cadre légal de l'AMP, ce qui conduit les professionnels à tenir un discours ambivalent. Par exemple, alors qu'ils expliquent que l'AMP est de façon générale une médecine «de confort», ce terme est en même temps déployé comme un argument de refus des demandes de prise en charge qui n'entrent pas dans le cadre de la «norme procréative». Le cadre socioéconomique et la question du bien-être de l'enfant à venir peuvent en effet générer des refus de prise en charge, par-delà les critères biologiques non excluant de certains couples.

La plupart des dilemmes exprimés par les professionnels tiennent au fait que l'AMP est une technique médicale tendue entre un pôle qualifié «de soin» et un pôle qualifié de «confort». Ils doivent alors tenter de concilier un ensemble de références «naturalistes» valorisées par le modèle français d'AMP et un ensemble de références sociales qui ne s'imposent pas moins à eux. Dans cette difficile combinaison, ce n'est pas la règle collective qui prévaut, mais la singularité individuelle (Tain, 2005 ; Mathieu, 2013 ; Schuller, 2018). Et dans ces décisions au cas par cas, «*les raisons cliniques s'articulent avec les logiques sociales des acteurs*», ce qui amène à s'interroger sur l'égalité sociale dans le processus d'AMP (Tain, 2005 : 7).

L'AMP, telle qu'elle se pratique, montre par-delà son cadre normatif, que la prise en charge est toujours dépendante de critères sociaux. La référence à la «norme procréative» pour décider de prendre en charge ou non certaines infertilités en témoigne. Mais il est une autre situation, s'observant à travers la pratique des professionnels, qui montre l'importance de la dimension sociale de la reproduction et de l'infertilité. Il s'agit de la place qu'ils donnent en toutes circonstances au «couple».

#### *La dimension relationnelle de l'infertilité : la prise en charge d'«un couple»*

Les professionnels ne traitent pas des personnes infertiles mais des couples infertiles. Ils présupposent de cette manière qu'il n'y a pas d'infertilité en dehors de l'entité couple. Ils révèlent de cette manière la complexité des notions de fertilité et d'infertilité qui met en jeu non seulement le corps au sens biologique, mais aussi le corps dans sa dimension relationnelle (prise en charge de corps de personnes devant avoir une vie conjugale, sexuelle et reproductive).

La prise en charge de couples (hétérosexuels) est une condition du cadre légal de l'AMP qui n'autorise pas l'accès aux personnes célibataires. Pour

autant, l'action des médecins va plus loin encore. Ils ne se contentent pas en effet de n'accepter que des couples, ils les considèrent de bout en bout de la prise en charge comme l'entité à traiter, englobant ses composantes que sont l'homme et la femme. Ils font en sorte d'impliquer les deux partenaires tout au long du processus, même lorsque cela n'a rien d'évident. Les médecins traitent des corps, agissent sur eux mais ont conscience d'une dissymétrie dans leur traitement. Ils interviennent en effet principalement sur le corps des femmes, et ce quelle que soit l'origine de l'infertilité, qu'elle soit masculine ou féminine. La technique médicale a atteint son objectif lorsqu'elle a permis à la femme d'être enceinte. Conscients de cette profonde asymétrie entre hommes et femmes, les médecins vont essayer de l'atténuer tout en tentant d'atteindre cet objectif. Pour cela, ils essaient d'encourager voire d'obliger l'homme à s'impliquer dans toutes les étapes du parcours d'AMP et s'efforcent de s'adresser au « couple ».

Gynécologue: *On insiste avec eux sur le fait qu'il faut qu'ils soient à deux au minimum, qu'on veut que le mari soit partie prenante des décisions et aussi engagé que la femme.*

Gynécologue-obstétricienne: *Puis je crois, enfin je ne sais pas eux, je ne sais pas eux comment ils le vivent entre eux au sein du couple mais je sais que nous rapidement on ne parle plus du tout de la personne qui est à l'origine de l'infertilité, quand il y en a une hein parce que parfois ce sont les deux, et bon après on prend vraiment en charge le couple dans sa globalité puisque de toute façon c'est le cas, c'est la rencontre des gamètes, c'est donc à la limite nous après ça change rien que ce soit un problème tubaire ou de sperme.*

Biologiste: *C'est un couple qu'on prend en charge, ce n'est pas deux individus en parallèle qu'on prend en charge, ici c'est vraiment des couples.*

Par la façon dont les professionnels de l'AMP parlent des personnes qu'ils prennent en charge, l'on observe l'importance qu'ils accordent à l'entité couple (Schuller, 2018). De ce fait, on semblerait presque oublier que l'essentiel de la technique ne repose que sur le corps féminin. Ceci est fait dans le but notamment de pallier aux asymétries fortes présentes au sein d'un parcours d'AMP. Ils adoptent alors une stratégie que nous pouvons qualifier de stratégie d'« englobement ». Afin de prendre en compte également l'homme, ils s'adressent à une entité transcendant les deux entités composant le couple: ils traitent et s'adressent à « un couple ».

De surcroît, ils mettent en place des dispositifs qui permettent d'impliquer plus concrètement les hommes dans le parcours d'AMP. En pratique, la seule action indispensable pour laquelle ces derniers doivent être présents est le recueil de sperme, dans un premier temps pour l'examen, puis dans un second temps le jour de l'insémination ou de la FIV s'il s'agit d'une

AMP intraconjugale. Toutefois, les professionnels ont créé d'autres moments du parcours où la présence de l'homme a été rendue obligatoire : les premiers rendez-vous avec le gynécologue et le biologiste, la réunion d'information, le transfert d'embryon dans l'utérus de la femme (dans les cas de FIV).

Le corps féminin étant au cœur du processus d'engendrement par AMP, la participation de l'homme fait l'objet de tout un travail volontaire de sa part et de la part des médecins. Cette stratégie d'englobement montre là encore la prégnance de la dimension sociale et relationnelle de la reproduction dans la pratique des professionnels. Alors qu'ils sont chargés de mettre en place une prise en charge « thérapeutique » pour traiter une infertilité « pathologique », ils ne cessent de se préoccuper de reconstruire un système d'engendrement dérivé du modèle social hétéronormatif de la reproduction. Également en référence à la « norme procréative » plaçant l'entité couple au cœur du projet procréatif, ils tentent en effet d'instaurer une place aux hommes dans le processus procréatif par AMP qui ne se réduise pas à une seule participation physique. Ils attendent d'eux une participation systématique, par-delà la nécessité biologique. Cela garantit pour les médecins une certaine conformité au cadre légal comme à la « norme procréative » et ainsi, une légitimité à traiter les couples qu'ils prennent en charge. Sans cette présence masculine, l'existence même du couple et ainsi, la légitimité de sa prise en charge, peut effectivement être questionnée.

*Biologiste : Il arrive dans des cas peu fréquents de commencer à avoir des doutes sur le désir de l'homme de participer à cet acte de reproduction, quand on ne le voit pas, qu'il est perpétuellement absent et que... On se pose la question si vraiment il y a un homme derrière quoi.*

L'absence d'implication de l'homme dans le parcours d'AMP met donc en question sa participation au projet d'enfant, son désir d'enfant, voire fait peser le soupçon d'avoir affaire à un « faux » couple.

L'importance de la dimension relationnelle de l'engendrement par-delà le seul acte procréatif est prégnante dans le processus d'AMP. Elle est en effet centrale dans les discours des professionnels. Par ailleurs, leurs propos témoignent de la complexité de la notion d'infertilité, qui ne se résume pas à la définition strictement « naturaliste » qu'en donne le cadre légal de référence. Dans la pratique, les médecins n'agissent pas sur des corps « biologiques » isolés du monde social, ils prennent en charge des personnes en couple. Plus encore, selon leurs discours, ils traitent des infertilités de couple. Ils témoignent ainsi de l'importance accordée également à la *dimension relationnelle de l'infertilité*.

Ainsi nous voyons que le modèle bioéthique encadrant l'AMP n'est pas le seul référent guidant les pratiques des professionnels. Ces derniers, fai-

sant face à des pratiques sociales, ne peuvent ignorer la dimension sociale, relationnelle et temporelle constitutive de l'engendrement. Ils agissent en tenant également compte de la « norme procréative » et non seulement en fonction de la caractérisation des infertilités comme étant « normales » ou « pathologiques » dans un cadre « naturel » de procréation. Ils prennent en effet en charge les couples au regard de la qualité de la relation qu'ils pourront supposément entretenir avec l'enfant à venir. Ces critères de prise en charge ne sont pas présentés comme étant des conditions formelles et explicites de refus en AMP. Ainsi, ces derniers jonglent avec de multiples référents et se trouvent parfois en tension lorsque ces normes de référence apparaissent en désaccord.

Cette partie dévoile et questionne la complexité de la prise en charge en AMP et des notions de fertilité et d'infertilité, et révèle des pratiques contrastées par rapport aux représentations des seuils de la reproduction du modèle légal. L'AMP telle qu'elle se pratique met en jeu non seulement le corps au sens biologique, mais aussi le corps d'une personne, ayant une vie sexuelle et reproductive, autrement dit le corps dans sa dimension relationnelle (Breton, 2006).

### **Les seuils de la prise en charge du point de vue des femmes de plus de 40 ans en AMP**

Nous avons vu que le cadre légal, administratif et médical en France délimite la fin du parcours d'AMP en se référant notamment à l'altération physiologique de la réserve ovarienne. Il s'agit d'étudier dans cette partie les représentations des femmes concernées relatives aux limites d'engagement dans ce parcours. Quelle doit être selon elles la limite maximale jusqu'à laquelle il est possible de se consacrer à un projet parental en AMP ? Quelles limites les enquêtées se sont elles-mêmes imposées ? Sur la base de quels référents les ont-elles formulées ?

Au sein de cette partie, nous allons nous intéresser aux parcours d'AMP des femmes interrogées, âgées entre 40 et 43 ans. En raison de la corrélation entre taux de grossesse et âge des femmes en AMP, plus elles sont âgées, moins les chances de réussite sont élevées (Belaish-Allart *et al.*, 2004 ; Szewczuk, 2012). De ce fait, à plus de 40 ans, les femmes interrogées étaient inscrites dans des parcours ponctués d'échecs, qui ne cessaient de s'allonger. C'est ainsi qu'elles se sont investies dans ce parcours au-delà de ce qu'elles avaient initialement imaginé. Alors qu'elles ne pensaient pas dépasser tel âge, tel nombre de tentative, tel type de technique, elles ont repoussé progressivement les limites d'engagement qu'elles s'étaient imposées. Ce constat amène à questionner les seuils de la procréation du point de vue des femmes qui se trouvent confrontées à l'âge limite envi-

sagé par le cadre légal, administratif et médical. Quelles limites se posent-elles elles-mêmes, sur la base de quels critères ?

*La limite symbolique des 40 ans*

L'enquête auprès des 23 femmes interrogées, âgées entre 40 et 43 ans, prises en charge au sein de deux centres d'AMP marseillais en raison d'une infertilité liée à l'altération de leur réserve ovarienne, portait sur différents aspects de leurs parcours. Elles ont été interrogées sur leurs histoires biographiques, leurs trajectoires personnelles et conjugales, permettant de comprendre la temporalité de leur projet parental. Puis, la suite de l'entretien portait sur la découverte et le vécu de leur infertilité, ainsi que leur parcours d'AMP. Au fil des entretiens, nous avons prêté attention à leurs récits sur le vécu de leurs âges au cours des différentes périodes narrées. La première partie des entretiens a permis de montrer que ces femmes, issues d'une vaste classe moyenne, étaient pour la plupart en AMP à plus de 40 ans pour une première naissance (20 sur 23), elles envisageaient toutes plus ou moins fortement une maternité depuis plusieurs années, mais pour différentes raisons, elles s'étaient senties indisponibles jusqu'alors pour essayer d'avoir un enfant (célibat, partenaire non prêt, instabilité économique, géographique, logement petit, etc.). Mais c'est à la deuxième partie des entretiens que nous souhaitons davantage nous intéresser ici, c'est-à-dire aux vécus de leurs parcours d'AMP. Le fait de s'y engager plus longtemps qu'initialement envisagé et le fait de se retrouver rapidement confrontées à l'âge limite des 43 ans, les a amenées à se questionner fortement sur ce que signifiait pour elles essayer d'avoir un enfant à leur âge.

La plupart des femmes rencontrées ont expliqué, comme Charlotte et Samantha, que plus jeunes, elles ne s'étaient jamais imaginées essayer de faire un enfant au-delà de 40 ans.

*Charlotte : Puis même moi, quelquefois, je trouvais qu'il y avait une limite à ne pas franchir, la quarantaine franchement, c'était largement suffisant quoi, voilà. Et ce côté un peu, voilà, de dire, et bien si on n'en a pas eu avant, c'est peut-être qu'on n'avait pas forcément envie mais qu'à un moment donné quoi, il faut... oui et c'est malheureux parce que je l'avais peut-être un peu... peut-être pas autant... mais je l'avais un peu en moi aussi ce... Je vous dis, après les mentalités changent au fur et à mesure qu'on est confronté au...*

*Enquêtrice : C'est ce que vous disiez quand vous racontiez que parmi les parents d'élèves il y en a quelques-uns, dans les deux extrêmes d'ailleurs, que vous pouvez trouver trop jeunes comme trop âgés...*

*Charlotte : Exactement. Alors, il y a des parents d'élèves plus âgés mais où on sent que, voilà, tout est... Et puis, il y en a quelques uns où c'est trop*

*cool, trop, trop. Mais c'était plus dans la façon d'élever les enfants. Et c'est vrai qu'on a quand même le jugement par rapport à ça, quand... Et plus jeune, je l'ai moins maintenant, mais les plus âgés voilà, je me souviens, ce n'est pas bien à dire : « oh là là, on le sent, on le sent que c'est un enfant de personnes, d'un couple plus âgé, voilà, dans sa façon... ». (...) Honnêtement, dans mes projets de vie, je ne me voyais pas avoir un enfant à 43 ans. Bon, là, ça s'est passé comme ça, mais c'est vrai que je trouve que c'est déjà limite.*

Enquêtrice : *Dans vos projets de vie, vous voulez dire, il y a très longtemps, quand vous étiez plus jeune ou... ?*

Charlotte : *Oui, voilà, oui, voilà, par rapport oui même à la trentaine, quand je voyais des personnes de cet âge : « oh là là, ça commence à faire âgé quand même ». On a des a priori et en avançant dans l'âge les a priori disparaissent au fur et à mesure parce qu'on s'y retrouve confronté.*

Enquêtrice : *La limite... finalement, est revue au fur et à mesure ?*

Charlotte : *Exactement, on repousse les limites, oui, exactement.*

(Elle : 43 ans, Lui, 44 ans – Durée vie commune : 7 ans – Projet d'enfant au bout de : 4 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente de la 4<sup>ème</sup> et dernière FIV/ICSI et en cas d'échec recours au don d'ovocytes à l'étranger prévu)

Samantha : *Même si dans notre tête on n'a pas l'impression d'avoir 42 et 47, que l'image qu'on se faisait de quelqu'un de 42 et 47 ans quand on en avait 20, ce n'est pas celle qu'on a de nous maintenant et pourtant quand on me dit : « dans 8 ans tu vas avoir 50 ans », j'ai l'impression que 50, c'est très, très vieux. Et je suis sûre que quand j'aurai 50, je me dirai : « je ne suis pas vieille du tout ». Mais, l'idée qu'on se fait à un jour J et 10 ans après, on se dit : « mais non en fait, c'est pas du tout ça quoi ».*

(Elle : 42 ans, Lui : 47 ans – Vie commune depuis : 7 ans – Projet d'enfant au bout de : 1-2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente de la 4<sup>ème</sup> et dernière FIV)

Ces témoignages montrent comment plus jeunes, Charlotte et Samantha pensaient qu'avoir un enfant à quarante ans ou plus n'était pas envisageable car elles seraient alors « trop âgées ». Non seulement elles ne s'imaginaient pas dans cette situation mais plus encore, elles avaient parfois une mauvaise opinion des mères quadragénaires et questionnaient leur choix de vie. Puis elles expliquent comment peu à peu, en atteignant cet âge, sans enfant, mais avec un projet parental en cours, et se percevant toujours « jeune », leur avis a changé.



Elles font référence à un sentiment relativement commun lié au vécu de l'avancée dans les âges : les âges au-dessus du nôtre correspondent à une certaine idée que l'on se fait du vieillissement. Les personnes de ces âges plus élevés semblent « vieilles ». Mais une fois ces âges atteints, l'image que l'on s'en faisait ne correspond pas forcément, et non seulement ne pas se sentir si « vieux », l'on se sent même parfois encore très « jeune ». Ce processus se produit au cours d'une grande partie de la vie. Pour prendre quelques exemples, à l'adolescence, les élèves de 3<sup>ème</sup> paraissent vieux au regard des 6<sup>ème</sup>. Il en est de même pour les terminales au regard des secondes, pour les trentenaires au regard de ceux qui ont vingt ans, des quarantenaires au regard des trentenaires, et ainsi de suite. Mais une fois ces différents niveaux de vie atteints, on se rend compte que ceux que l'on considérait comme « plutôt vieux » ne l'étaient pas puisque nous-même et nos pairs, au même âge, sommes toujours « jeunes ». C'est de cette expérience dont témoignent les enquêtées vis-à-vis de la quarantaine d'années. Leurs témoignages montrent la relativité de ce qui fait un « jeune » ou un « vieux » pour une même personne puisque ces définitions évoluent au fil de sa propre existence.

Ce qu'elles mettent en plus en question ce sont les capacités que l'on attribue aux personnes de telle ou telle catégorie d'âge. Avec l'idée de vieillesse, il y a aussi l'idée d'une restriction progressive des capacités. Puis, les différents âges atteints, l'expérience du vieillissement diffère de ce qui avait été imaginé et de ce fait la délimitation des capacités envisagées aussi. Nous ne faisons pas référence ici aux capacités physiologiques qui s'altèrent inéluctablement avec l'avancée dans les âges, nous faisons référence aux capacités d'un point de vue social, à savoir qu'est-ce qui est socialement considéré comme étant de l'ordre du possible à tel ou tel âge ? C'est ainsi qu'à 40 ans et plus, les enquêtées se sentaient finalement toujours assez « jeunes » physiquement, psychologiquement et socialement pour avoir un enfant. Elles ont ainsi repoussé progressivement les limites d'âge initialement imaginées, puisqu'elles ne correspondaient plus à l'idée de vieillesse associée à l'âge en question. Ce n'est pas seulement la limite symbolique des 40 ans qui a ainsi été révisée mais également les âges suivants.

*Un réexamen constant des limites d'engagement auto-fixées au cours du parcours d'AMP*

En démarrant le parcours d'AMP, les enquêtées n'avaient pas imaginé être confrontées à autant d'échecs et à un parcours qui s'éternise. Elles l'ont poursuivi en se disant que, finalement, par rapport à la limite initialement fixée, elles n'étaient pas à quelques mois près, ou à une tentative près, notamment après s'être déjà autant investies et d'autant plus, si la prochaine tentative est potentiellement la bonne.



Samantha : *Pour moi, ça tombe très bien que ça s'arrête là, parce que par exemple avant de faire la FIV et tout ça, avant d'entrer dans ce processus-là, j'avais dit : « à 40 ans, c'est ma limite ». Bon, on en est à l'insémination, et j'ai dit : « c'est bête, à un ou 2 ans près, allez, on saute la limite ». Je dis : « on ne va pas se reprocher 1 ou 2 ans, on y va, on fonce ».*

(Elle : 42 ans, Lui : 47 ans – Vie commune depuis : 7 ans – Projet d'enfant au bout de : 1-2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente de la 4<sup>ème</sup> et dernière FIV)

Enquêtrice : *Est-ce que dans votre cas vous vous êtes fixée une limite d'âge pour laquelle vous vous êtes dit : « bon je tente jusqu'à tel âge et après je pense que c'est trop tard » ou... ?*

Cécilia : *Après, ça ne paraît pas raisonnable en fait. Est-ce que je me suis mis une limite ? Oui, en fait mais cette limite, je la repousse à chaque fois en fait.*

Enquêtrice : *Initialement, qu'est-ce que c'était cette limite ?*

Cécilia : *Initialement, au départ je me suis dit : « on se donne un an ». Puis au bout d'un an, comme on voit qu'il y a toujours un truc, une possibilité, qu'on n'a pas épuisé toutes les solutions, bin on repousse. Aujourd'hui, j'ai envie de dire que j'aurais bien aimé avoir un enfant avant d'avoir 44 ans, et que oui, sans doute 44 c'est la limite quoi.*

(Elle : 43 ans, Lui : 50 ans – Durée vie commune : 15 ans – Projet d'enfant au bout de : 13 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente 2<sup>ème</sup> et dernière FIV compte tenu de son âge)

Ces deux extraits montrent comment les limites maximales d'engagement dans le parcours d'AMP initialement prévues sont peu à peu révisées en raison des échecs vécus. La volonté de voir aboutir le projet d'enfant, couplé à la *spirale d'engagement* dans laquelle elles se trouvent, amènent peu à peu à repousser les limites qu'elles s'étaient elles-mêmes fixées, qu'elles concernent l'âge, la durée du parcours, ou encore le nombre de tentatives. Par cette notion de *spirale d'engagement* nous désignons le phénomène suivant : au plus elles s'investissent dans le parcours d'AMP, au plus il leur semble évident de poursuivre leur engagement qui les rapproche de l'éventuelle réussite (Franklin, 1997). Ceci compte tenu de surcroît de l'ensemble des difficultés et des risques (physiques, psychologiques, professionnels, conjugaux, amicaux) liés au parcours d'AMP (Ouellette, 1988 ; Franklin, 1997 ; Becker, 2000 ; Thompson, 2005 ; Tain, 2009 ; Hertzog, 2011, 2016). Compte tenu des difficultés déjà vécues et des risques pris, il semble difficilement envisageable de ne pas poursuivre en cas d'échec pour une tentative supplémentaire qui pourra potentiellement réussir. Mais cette *spirale d'engagement* s'accompagne souvent d'une autre forme de motivation

conduisant à la poursuite du parcours, dotée d'une dimension plus négative : il s'agit de la perspective de l'échec final. Elles redoutent ce risque et il leur est de ce fait difficile de mettre un terme au parcours avant d'avoir atteint l'objectif fixé : avoir un enfant. Ce risque englobe finalement tous les autres risques exposés précédemment, car ils auront alors été vains. La perspective de ce risque principal les entraîne dans un *cercle d'engagement* : pour éviter la souffrance qu'impliquerait l'échec final, elles mènent leur parcours jusqu'au bout. C'est ainsi qu'elles s'investissent dans ce parcours au-delà de ce qu'elles avaient initialement imaginé.

Toutefois, même si différentes limites entre 40 et 43 ans ont régulièrement pu être révisées, aucune des enquêtées n'envisage toutefois de dépasser l'âge de 45 ans. La plupart d'entre elles, après plusieurs révisions dues aux échecs, se fixent comme grande limite celle imposée par la sécurité sociale en France, soit 43 ans. Quelques unes, envisageant le recours au don d'ovocytes à l'étranger, se fixent 44 ou 45 ans. Une d'entre elles s'est toutefois questionnée sur un éventuel changement d'avis une fois cet âge atteint si elle n'a toujours pas d'enfant.

Françoise : *Quoique, si on a vraiment envie d'être mère, peu importe l'âge. Je pense que moi, quand j'étais plus jeune, je me disais : « à 40 ans c'est trop tard pour avoir son premier enfant. Aujourd'hui j'ai 41 ans et j'ai quand même envie d'avoir mon premier enfant. Donc aujourd'hui, je me dis : « 45 ans c'est trop tard pour avoir son premier enfant. Mais peut-être qu'à 45 ans, si je n'ai toujours pas eu d'enfant et que j'ai la possibilité de le faire, je le ferai. Donc voilà, après, c'est sûr que si on attend que ça soit la femme qui mette la limite d'âge, je pense que la limite d'âge, ce sera la ménopause.*

(Entretien – Elle : 41 ans, Lui : 38 ans – Vie commune depuis : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP, en cumul ovocytaire en attente de la 1<sup>ère</sup> FIV)

Françoise a aussi changé progressivement d'avis concernant les représentations qu'elle se faisait des âges futurs au fur et à mesure qu'elle les a atteints, sans que le projet parental n'ait abouti. Elle imagine ainsi que la limite maximale de 45 ans qu'elle se fixe peut également être révisée si à cet âge elle n'a toujours pas d'enfant. Néanmoins, comme elle le dit alors, une autre limite demeure. Il s'agit de celle de la ménopause, qui se situe en moyenne autour de 50 ans<sup>2</sup>. En faisant référence à la ménopause, elle montre que les limites d'engagement auto-fixées autour de la quarantaine d'années peuvent être révisées et déplacées sans que cela ne conduise à un affranchissement des limites naturelles de la procréation, qui reposent ici sur la ménopause et non sur la réserve ovarienne, contrairement au cadre légal de l'AMP française.

Mais nous allons voir que les révisions des limites d'âge auto-fixées étaient également envisageables pour les femmes interrogées parce qu'elles n'outrepassent pas d'autres référents importants pour elles pour envisager les seuils de leur projet d'engendrement.

*Les limites ne disparaissent pas mais reposent sur d'autres référents*

Bien que les limites d'engagement dans le parcours d'AMP aient souvent été réévaluées, elles ne disparaissent pas pour autant et demeurent centrales dans les préoccupations des femmes. Nous avons vu qu'elles n'avaient à aucun moment de leur existence imaginé se consacrer à ce projet à l'âge qu'elles ont. Certaines d'entre elles avaient même une mauvaise opinion de la maternité à plus de 40 ans. Au fil du parcours d'AMP, elles étaient donc confrontées à un questionnement personnel sur ce qui doit déterminer pour elles la fin éventuelle du projet parental, en cas d'échec des tentatives de FIV.

*Émilie : Donc je me dis, si ça marche vite, ça va, et après je n'ai pas envie de faire un enfant à 45 ans, ça c'est sûr. Du coup, je me dis si ça arrive dans les 42 ans ça va, et si après ça traîne, là on se reposera à nouveau les questions.*

*Enquêtrice : Vous dites : « je n'ai pas envie de faire un enfant à 45 ans c'est sûr » c'est parce que ça signifierait que, enfin, il y aurait encore une longue période de ce parcours qui est difficile à vivre ou est-ce que 45 ans, vous vous dites « non, ça fait trop âgé » ou est-ce quelque chose de... ?*

*Émilie : C'est ça, j'ai un peu peur pour l'enfant qu'il y ait une trop grande différence. En fait c'est plus ça qui me préoccupe. Le parcours à la limite, je suis dans le parcours, je pourrai tenir encore, malheureusement, encore longtemps, mais après je me dis, par rapport à l'enfant est-ce, je n'ai pas la réponse, mais est-ce qu'à un moment donné, ça ne fait pas une trop grosse différence ? Du coup, on se dit : « quand il aura 30 ans, on en aura 75... » Voilà, je n'ai pas la réponse, je me dis : « je ne sais pas » puis je me dis : « ce n'est peut-être pas idéal... pour l'enfant ». Pour moi, ce n'est pas grave je pense que je serais prête à passer outre toutes les difficultés mais après il faut penser à l'enfant, puisque si on veut un enfant, on ne veut pas se faire un projet pour nous quoi, c'est pour fonder une famille et tout ça. Oui, je me dis que c'est une limite...*

(Elle : 41 ans, Lui : 30 ans – Durée vie commune : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente d'une 4<sup>ème</sup> et dernière FIV et en cas d'échec recours au don d'ovocytes prévu en Espagne)

*Aurélié : Quand je pense à mon âge ce n'est pas l'âge auquel j'ai mon enfant qui compte le plus, c'est l'âge que j'aurai quand il aura 18-20 ans.*

*Lorsqu'il va commencer à prendre son envol, faire des études et où je n'ai pas envie d'être en face une mamie à la retraite complètement décalée de son enfant. C'est plus dans ce sens là où je pense qu'effectivement l'avoir maintenant à 41 ans, bon ben j'aurai 60, maintenant l'âge de la retraite se décale aussi, je serai encore en activité, je ne serai peut-être pas aussi active que je l'étais, aussi réactive ou aussi dans le coup que j'aurais pu l'être si j'avais eu 40 ans quand mon enfant en avait 20, mais voilà ça ne restera pas non plus, je ne serai pas à la retraite, il ne dira pas quand il sera avec d'autres étudiants à la fac, ah ouais mais mes parents ils sont à la retraite à d'autres étudiants dont leur parents ont encore 45-50. Donc il y a ça. Après l'autre chose à laquelle on pensait juste par rapport à mes 41 et à ses 43, on s'est fait la remarque il n'y a pas longtemps, on s'est dit quand on ira le chercher à l'école, on aura 10 ans de plus que tous les autres parents, on aura forcément un décalage, en plus nous ça sera notre premier, mais quand je vois par exemple ma sœur qui a eu son premier à 25-26 ans, voilà on va avoir 10 à 15 d'écart avec les autres parents, peut-être un peu de décalage à ce niveau là. Alors aussi plus de maturité, plus de recul, moins de stress par rapport à la vie professionnelle parce que voilà elle est déjà un peu plus enclenchée. Mais peut-être que notre enfant il ressentira le fait que ses parents sont plus âgés que les parents de ses copains ou ses copines à l'école. C'est plus dans ces termes-là qu'on le pense.*

(Elle : 41 ans, Lui 43 ans – Durée vie commune : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an - En cours du parcours d'AMP, en attente de la 1<sup>ère</sup> FIV après plusieurs inséminations avec la gynécologue habituelle)

*Géraldine : Plus on fait les enfants tard, plus c'est difficile à gérer mais aussi pour eux. C'est à dire avoir une maman qui ressemble plus à une grand-mère, c'est un peu compliqué à gérer pour des enfants. Après nous, il faut être aussi fataliste, il faut être... on a moins de patience, on ne vit pas les choses de la même façon à 50 ans qu'à 30 ans. On n'éduque pas les enfants de la même façon... je pense qu'il faut être... C'est important d'avoir encore les pieds sur terre et pas se dire : « il faut absolument un enfant, un enfant, un enfant ». Je veux dire, il faut aussi le mettre dans les conditions de vie et avoir des parents vieux, à 50 ans, c'est à dire qu'à 70 ans, il a 20 ans, c'est un peu.... c'est un peu quand même difficile.*

(Elle : 41 ans, Lui : 43 ans – Vie commune depuis : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Au début du parcours d'AMP, en cours de stimulation en attendant la 1<sup>ère</sup> FIV)

*Cécilia : Aujourd'hui, j'ai envie de dire que j'aurais bien aimé avoir un enfant avant d'avoir 44 ans, et que oui, sans doute 44 c'est la limite quoi. Pas le concevoir, même avoir un enfant après 44 ans, je trouve que ça*

*fait.... Mais après c'est mon choix. Mais ce n'est pas... Moi j'ai peur que ça fasse tard, d'être complètement décalée, d'être... que ce soit difficile. Physiquement et aussi je pense un enfant adolescent... ce qui est un moment plus difficile, on a l'impression d'avoir des parents trop vieux, mais là ce serait vrai. Donc, moi j'ai eu des parents jeunes, et je les trouvais déjà trop vieux. Donc j'imagine quand c'est vrai, que ça peut être difficile à vivre. Donc je ne veux pas non plus que ce soit un caprice... pas un caprice non, que mon choix soit subi par quelqu'un d'autre. Je ne veux pas imposer ça à quelqu'un, encore plus à un proche... C'est plus... Après, physiquement, moi, je n'ai pas... je me sens bien. Je me sens même mieux physiquement et mentalement aujourd'hui qu'à 30 ans. Donc, c'est dommage. Je ne suis pas en phase.*

(Elle : 43 ans, Lui : 50 ans – Durée vie commune : 15 ans – Projet d'enfant au bout de : 13 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente 2<sup>ème</sup> et dernière FIV compte tenu de son âge)

Les questionnements présentés dans ces différents extraits d'entretiens montrent que ce n'est pas l'âge que les femmes interrogées ont au moment où elles tentent d'avoir un enfant qui les préoccupe le plus, ni l'âge auquel elles mènent la grossesse, contrairement aux bornes légales, administratives et médicales. Elles se sentaient « jeunes », en capacité de mener ces étapes. Ce qui les préoccupe et devrait conduire pour elles à une limite d'implication dans le projet parental est l'impact que leur âge pourrait avoir sur la relation future avec l'enfant. L'écart d'âge avec l'enfant à venir est au cœur de leurs préoccupations.

Contrairement au cadre légal, administratif et médical qui ne se focalise que sur l'âge présent et sur la dimension biologique de la procréation, les femmes interrogées se projettent dans le futur et prennent en compte plus largement la dimension temporelle et relationnelle de l'engendrement. Avoir un enfant ne consiste pas pour elles à se préoccuper uniquement des conditions de procréation, de gestation et d'accouchement, il s'agit aussi de savoir si les conditions de la maternité seront adéquates pour l'enfant.

De plus, la question du brouillage intergénérationnel et l'impact que cela risque d'avoir sur la relation avec leur enfant est central dans leurs préoccupations. S'ajoute à cela le fait que l'écart d'âge risque de mettre un terme au modèle de la famille à 3 générations tel qu'elles l'ont connu.

*Géraldine : Et c'est vrai, à l'âge que j'ai, je ne suis plus toute jeune et que moi, je vois mon compagnon, qui a une maman qui a 80 ans, quand je vois ça, je me dis : « punaise, si je fais cet enfant-là, j'aurai 80 ans ». Donc c'est bien de se poser cette question-là aussi, parce qu'ils ne pourront pas compter sur nous comme moi je peux compter sur ma mère. Là, l'enfant qu'on aura, il ne pourra pas être gardé par sa mère et ma mère*

*qui s'occupe de 4 enfants de ma petite sœur et 3 de ma grande sœur, elle commence à fatiguer. Et quelque part, il ne va pas connaître ses grands-parents vraiment bien, cet enfant-là qui va naître.*

(Elle : 41 ans, Lui : 43 ans – Vie commune depuis : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Au début du parcours d'AMP, en cours de stimulation en attendant la 1<sup>ère</sup> FIV)

*Marie-Claire : Alors après, il y a aussi la vie qui fait qu'autour de soi on a des amis, de la famille qui avancent avec un enfant, deux enfants, trois enfants, avec basiquement nos parents qui vieillissent aussi et qui... Par exemple la maman de [mon compagnon] a été très très malade, ma mère a été très malade, dans ce temps-là, et avec tout ce que ça suppose de se dire, mais ça veut dire que peut-être si on a des enfants, si on arrive à accéder à ce projet, est-ce qu'ils vont connaître leurs grands-parents ?*

(Elle : 40 ans, Lui : 39 ans – Durée vie commune : 8 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP depuis 6 ans, en attente du transfert d'un embryon congelé suite à une FIV en don d'ovocyte en Espagne ayant échouée)

L'importance de ne pas être trop âgée pour avoir un enfant repose aussi dans leurs discours sur la volonté de reproduire un certain modèle de famille composé de trois générations. D'une part, elles ne souhaitent pas brouiller les statuts générationnels en devenant mère à l'âge d'être grand-mère. D'autre part, elles ne souhaitent pas la disparition des relations entre grands-parents et petits-enfants. Elles craignent, en effet, que leurs parents et futur enfant ne puissent se connaître ou qu'elles-mêmes ne puissent connaître plus tard la grand-parenté. Cette éventualité est un argument supplémentaire justifiant pour elles une limite future à l'engagement dans le projet parental par AMP.

L'importance accordée aux conditions de la maternité les a tout d'abord souvent conduit à ne pas essayer de faire un enfant avant 35-40 ans (Vialle, 2017). Souhaitant l'accueillir dans des conditions qu'elles jugeaient optimales, il n'était bien souvent pas question pour elles d'essayer d'avoir un enfant en étant célibataire, dans un appartement trop petit, sans stabilité professionnelle et financière, etc. La diminution du nombre d'enfant par femme au cours des dernières décennies s'est accompagnée d'une augmentation de l'intérêt porté aux conditions de la mise au monde. C'est ainsi que plusieurs des enquêtées ont mis en place leur projet parental lorsqu'elles avaient autour de 40 ans. Néanmoins, comme nous l'avons vu, confrontées aux échecs de la procréation en raison de l'altération de leur réserve ovarienne, le projet d'enfant ne s'est pas concrétisé dans les temps souhaités. La période idéalisée, d'une fenêtre très réduite variant entre 1 et 5 ans, est très vite dépassée et la question du terme au parcours d'AMP est rapide-

ment posée. Nous voyons alors que l'importance accordée au bien-être de l'enfant, amène non seulement à un report de la maternité dans le temps, mais est aussi ce qui justifie un terme à ce projet, qui n'est pas repoussé de manière indéterminée.

Nous retrouvons en partie l'intérêt porté à la « capacité éducative » à laquelle font références les médecins pour justifier la limite d'âge autour de 60 ans posée aux hommes dans l'accès à l'AMP. En partie seulement, car les médecins font référence pour les hommes au risque de décès ou de maladie liée au vieillissement avant la majorité de l'enfant et ainsi au risque que le père ne puisse être présent pour l'accompagner jusqu'à la vie d'adulte. Mais en aucun cas ils ne font référence à la qualité de la relation que les hommes pourraient avoir avec leur enfant. Les femmes interrogées parlent aussi du risque de décès précoce dans la vie de l'enfant, mais à moins de 45 ans lors du projet parental, ce risque est minime pour elles. Elles s'inquiètent surtout, comme nous l'avons vu, que leur âge affecte la relation avec l'enfant, justifiant pour elles un terme futur au projet parental par AMP.

L'enquête auprès des femmes quadragénaires en AMP montre ainsi que la révision des limites d'âge auto-fixées ne conduit pas à une disparition de tout cadre normatif. Loin de s'en affranchir, les limites sont toujours présentes. Elles reposent néanmoins sur la base d'autres règles que celles mobilisées par le modèle bioéthique. Nous montrons qu'un autre cadre que celui du modèle bioéthique a toujours guidé les actions des femmes interrogées. Le modèle normatif qui guide leurs actions et décisions de poursuite du parcours d'AMP repose en effet sur les mêmes référents qui ont conduit à la mise en place de leur projet parental et à l'engagement dans ce parcours médical : la jeunesse physique, psychique et sociale de leur corps qui leur assure de pouvoir porter, accoucher mais aussi élever l'enfant dans de « bonnes » conditions. Âgées de 40 à 43 ans, loin de la ménopause, elles n'estiment pas outrepasser ce cadre normatif. Néanmoins, elles envisagent tout de même une limite à leur engagement dans le parcours d'AMP en fonction de ce qui leur semble être l'âge idéal pour accueillir et élever un enfant. Elles prennent en compte la dimension temporelle et relationnelle de l'engendrement, englobant tout à la fois la dimension temporelle de la fertilité féminine et un certain nombre de critères tels que la « capacité éducative » qu'elles considèrent comme tout autant essentielle à la délimitation des seuils d'engagement en AMP.

En révélant l'existence d'autres référents normatifs guidant les actions des femmes interrogées, cette partie permet ainsi de questionner le modèle normatif « naturaliste » de l'AMP. Pour les enquêtées, ce n'est pas la « nature » telle qu'envisagée par le modèle bioéthique qui sert de guide aux limites



d'engagement dans le projet parental par AMP, c'est une certaine idée de la maternité dans leur parcours de vie, celui de leur couple, et de l'enfant à naître.

## Conclusion

L'étude des pratiques des professionnels et des femmes quadragénaires en AMP montre que le cadre normatif dans lequel ils s'inscrivent diffère du modèle bioéthique en reposant notamment sur une vision plus complexe de la reproduction, de la fertilité et de l'infertilité. La dimension biologique de la procréation ne suffit jamais à elle seule à servir de guide à leurs représentations et actions dans le cadre de l'AMP. Leur modèle normatif invite au dépassement des oppositions du modèle bioéthique pour penser les seuils de la reproduction, de la fertilité et de l'infertilité en appréhendant conjointement nature et culture, biologique et social. En dévoilant ainsi, d'un point de vue plus pragmatique, des seuils de la reproduction et de la fertilité qui ne dépendent pas que d'une « nature biologique », les limites d'accès à l'AMP reposant sur des référents strictement naturels et biologiques semblent discutables.

Les décisions de prise en charge des professionnels de l'AMP ne reposent pas dans les cas observés sur la dimension strictement « pathologique » de l'infertilité dans un cadre « naturel » de procréation. En effet, la première partie montre *la dimension sociale de la prise en charge* en AMP : les conditions pour élever l'enfant à venir sont centrales dans l'élaboration de la décision d'acceptation. La seconde partie montre *la dimension sociale de l'infertilité* : l'infertilité prise en charge en AMP n'est jamais strictement appréhendée comme un *problème biologique* à traiter. Les professionnels, en ne traitant pas un *corps infertile* mais un *couple infertile*, montrent d'une autre façon que ce n'est pas seulement la procréation qui est en jeu pour eux, soit le fait de rendre une femme enceinte, mais plus largement, l'*engendrement*, soit le fait de rendre un couple *parent* d'un enfant.

Les femmes quadragénaires en AMP ne se réfèrent pas quant à elles à la *seule réserve ovarienne* comme au sein du cadre légal, administratif et médical pour déterminer la limite d'engagement dans un parcours. *D'autres référents* comptent pour elles : la capacité gestationnelle, le sentiment de jeunesse, la capacité éducative, le tout en adéquation avec les normes de société et la recomposition des normes d'âge à la maternité. Elles ne se perçoivent pas en-dehors de la nature puisque leur corps leur permet d'être ajustées à tous ces éléments. Rappelons qu'elles ont entre 40 et 43 ans, qu'il ne s'agit pas pour elles d'envisager la maternité après la ménopause, ou à l'âge de 70 ans. Elles estiment être encore dans la nature mais une nature « autre » que celle envisagée par les discours médicaux et légaux : une



« nature socialisée » et non une « nature biologique ». La prise en compte du corps importe en effet aussi pour elles, notamment pour satisfaire une certaine qualité de la relation avec l'enfant à venir. Elles ne se demandent pas uniquement si leur corps permettra de mettre au monde cet enfant, sans se soucier des années qui suivent.

La prise en compte de la *dimension temporelle et relationnelle de l'engendrement et de l'infertilité* invite ainsi à repenser les cadres du modèle bioéthique de l'AMP par-delà le référent strictement « naturaliste », en particulier concernant l'engendrement maternel.

## Notes

- 1 Le don d'ovocytes est autorisé en France dans le but de répondre aux problèmes d'infertilité diagnostiquée comme « pathologique ». De ce fait, les femmes âgées de plus de 40 ans dont l'infertilité est liée à l'altération physiologique de la réserve ovarienne sont généralement exclues des bénéficiaires du don d'ovocytes. Un des autres arguments avancés par les médecins pour justifier cette limite est que le faible nombre de donneuses implique plusieurs années d'attentes et exclut de fait les femmes de plus de 40 ans qui se tournent alors vers les pays étrangers où la prise en charge est plus rapide.
- 2 « L'âge moyen de la ménopause en France est actuellement entre 51 et 52 ans, mais 10 % des femmes seront ménopausées avant 45 ans, 1 % avant 40 ans et 0,1 % avant 30 ans. [...] Les femmes confondent avoir leurs règles et être fertiles, alors que la fertilité chute environ 10 ans avant la ménopause. La méconnaissance de cette réalité aiguise le sentiment d'injustice devant une infécondité toujours vécue comme trop précoce. » (Source : Site internet de l'Agence de la Biomédecine. Mis en ligne en 2009, dernière consultation le 10/04/2018. URL : <https://web.archive.org/web/20160317001814/https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/fiche4-amp.pdf> )

## Bibliographie

- BAJOS, N. et FERRAND, M., L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative, *Sociétés contemporaines*, vol.61, 2006, p.91-117.
- BAJOS, N. et BOZON, M. (dir.), *La sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris : La Découverte, 2008.
- BATAILLE, P. et VIROLE, L., Quand la morale du soignant devient l'éthique du soin. Conflits éthiques et normes professionnelles en médecines de la reproduction et palliative, *La Nouvelle Revue du Travail*, n° 2, 2013, [En ligne] : <https://journals.openedition.org/nrt/613>
- BECKER, G., *The Elusive Embryo: How Women and Men Approach New Reproductive Technologies*, Berkeley : University of California Press, 2000.
- BELAISCH-ALLART, J., DEVAUX, A., AYEL, J.-P. et DE MOUZON, J., La femme de 40 ans et plus en FIV et en ICSI : données FIVNAT, *Gynécologie Obstétrique Fertilité*, vol.32, n° 9, 2004, p.730-736.
- BOLTANSKI, L., *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Gallimard : NRF Essais, 2004.

- BOZON, M., Femmes et sexualité, une individualisation sous contrainte, in MARUANI, M. (éd.), *Femmes, genre et sociétés*, La Découverte «TAP/Hors Série», 2005, p.103-113.
- BOZON, M. et RENNES, J., Histoire des normes sexuelles : l'emprise de l'âge et du genre, *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, vol.42, 2015, p.7-23.
- BRETON, S. (dir.), *Qu'est-ce qu'un corps ? Afrique de l'ouest, Europe occidentale, Nouvelle-Guinée, Amazonie*, Paris : Flammarion : Musée du Quai Branly, 2006.
- CHARLAP, C., *La fabrique de la ménopause. Genre, apprentissage et trajectoires*, Thèse de sociologie : Université de Strasbourg, 2015.
- DORLIN, E., *La matrice de la race ? Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*, Paris : La Découverte, 2009.
- DORON, C.-O., LEFEVRE, C. et MASQUELET, A.-C., *Soin et subjectivité*, Paris : PUF, 2011.
- DOUGLAS, M., *Comment pensent les institutions*, Paris : La Découverte/MAUSS, 2004 [1986].
- EHRENREICH, B. et ENGLISH, D., *Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes soignantes*, Paris : Cambourakis, 2015 [1973].
- EHRENREICH, B. et ENGLISH, D., *Fragiles ou contagieuses. Le pouvoir médical et le corps des femmes*, Paris : Cambourakis, 2016 [1973].
- FASSIN, E., La nature de la maternité. Pour une anthropologie de la reproduction, *Journal des anthropologues*, vol.88-89, 2002, p.103-122.
- FAUSTO-STERLING, A., *Corps en tous genres. La dualité des sexes à l'épreuve de la science*, Paris : La Découverte/Institut Emilie du Châtelet, 2000.
- FOUCAULT, M., *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris : Presses universitaires de France, 1963.
- FOUCAULT, M., *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*, Paris : Gallimard, 1976.
- FRANKLIN, S., *Embodied Progress : A Cultural Account of Assisted Conception*, Londres : Routledge, 1997.
- GARDEY, D. et LÖWY, I. (dir.), *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris : Archives contemporaines, 2000.
- GARDEY, D., Comment écrire l'histoire des relations corps, genre, médecine au XX<sup>e</sup> siècle ?, *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, vol.37, 2013, p.143-162.
- GUILLAUMIN, C., *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de nature*, Paris : Côté-femmes, 1992.
- GUYARD, L., *La Médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique*, Thèse de sociologie : Université de Paris X-Nanterre, 2008.
- GUYARD, L., Chez la gynécologue. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines, *Ethnologie française*, vol.40, n° 1, 2010, p.67-74.
- HERTZOG, I.-L., Femmes actives et assistance médicale à la procréation. La réalisation de soi doublement fragilisée, *Dialogue*, vol.192, n° 2, 2011, p.123-135.
- HERTZOG, I.-L., *Articuler assistance médicale à la procréation (AMP) et vie professionnelle : le travail invisible des femmes*, Thèse de doctorat de Sociologie : Université de Caen Normandie, 2016.
- LÖWY, I., La fabrication du naturel : l'assistance médicale à la procréation dans une perspective comparée, *Tumultes*, vol.26, n° 1, 2006, p.35-55.
- LÖWY, I., L'âge limite de la maternité : corps, biomédecine, et politique, *Mouvements*, vol.59, n° 3, 2009, p.102-112.

- MARTIN, E., *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston : Beacon Press, 1987.
- MARTIN, E., The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles, *Signs*, vol. 16, n° 3, 1991, p.485-501.
- MATHIEU, N.-C., Homme-culture et femme-nature ?, *L'Homme*, vol. 13, n° 3, 1973, p.101-113.
- MATHIEU, N.-C., *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*, Paris : Côté-femmes, 1991.
- MATHIEU, S., *L'enfant des possibles. Assistance médicale à la procréation, éthique, religion et filiation*, Paris : Éditions de l'Atelier, 2013.
- MEMBRADO, M., Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation, *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 25, n° 2, 2006, p.16-31.
- MEMMI, D., *Faire vivre et laisser mourir : le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris : La Découverte, 2003.
- ORTNER, S.B., Is Female to Male as Nature Is to Culture ?, in ROSALDO, M. Z. et LAMPHIER, L. (éds.), *Women, culture and society*, Stanford : Stanford University Press, 1974, p.68-87.
- OUDESHOORN, N., *Beyond the Natural Body : Archeology of Sex Hormones*, London : Routledge, 1994.
- OUELLETTE, F.-R., « L'expérience de l'infertilité vécue sous assistance médicale », *Sociologie et sociétés*, vol. 20, n° 1, 1988, p.13-32.
- SCHNEIDER, D., *A Critique of the Study of Kinship*, Ann Arbor : University of Michigan Press, 1984.
- SCHULLER, C., *La décision médicale dans le champ de l'Assistance Médicale à la Procréation*, Thèse de doctorat en sociologie : Paris 13-Sorbonne, 2018.
- STRATHERN, M., *After Nature: English Kinship in the Late Twentieth Century*, Cambridge : Cambridge University Press, 1992.
- SZEWICZUK, E., Age-Related Infertility: a Tale of Two Technologies, *Sociology of Health & Illness*, vol. 34, n° 3, 2012, p.429-443.
- TAÏN, L., Genre et techniques de reproduction : évidences, alliances et turbulences, *L'homme et la société*, vol. 152-153, n° 2, 2004, p.229-246.
- TAÏN, L., Refus des médecins, abandons des couples : quel contrôle pour la pratique de procréation assistée ?, *Sciences sociales et santé*, vol. 23, n° 3, 2005, p.5-30.
- TAÏN, L., Le devoir d'enfant à l'ère de la médicalisation : stigmates, retournements et brèches en procréation assistée, *Genre, sexualité & société*, vol. 1, Printemps 2009, [En ligne] : <https://journals.openedition.org/gss/167>
- TAÏN, L., *Le corps reproducteur. Dynamiques de genre et pratiques reproductives*, Rennes : Presses de l'EHESS « Recherche Santé Social », 2013.
- THERE, C., Âge de retour et retour d'âge : l'asymétrie entre les sexes dans les discours médicaux en France (1770-1836), *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, vol. 42, 2015, p.53-75.
- THERY, I., *Des humains comme les autres. Bioéthique, anonymat et genre du don*, Paris : EHESS, 2011.
- THOMPSON, C., *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, Cambridge : The MIT Press, 2005.
- VIALLE, M., L'« horloge biologique » des femmes : un modèle naturaliste en question. Les normes et pratiques françaises face à la croissance de l'infertilité liée à l'âge, *Enfances, Familles, Générations*, n° 21, 2014, p.1-23.

- VIALLE, M., *Infertilité « normale » vs infertilité « pathologique » : une opposition en question. Normes et pratiques de l'AMP française face à l'infertilité féminine liée à l'âge*, Thèse de doctorat en sociologie : EHESS, 2017.
- VINEL, V., Andropause et Ménopause : une comparaison des images de la vulgarisation médicale, in VINEL, V. et al., *Féminin, masculin : anthropologie des catégories et des pratiques médicales*, Strasbourg : Le Portique, 2007.
- WEINER, A.B., *The trobrianders of Papua New Guinea*, New York : Holt, Rinehart & Winston, 1988.

## Grossesse, accouchement, arrivée d'un enfant : entre choix et normes

**Manon Louvrier**

*Aborder la grossesse, l'accouchement et l'arrivée d'un enfant sous l'angle des normes sociales, dénaturaliser ces événements, c'est tenter d'en apercevoir la construction historique, culturelle et politique, et voir ce que font ces normes aux actrices et aux acteurs sociaux. En tant que sage-femme et n'étant pas sociologue, je m'intéresserai surtout à ce que je connais le mieux : à la classe des femmes. Le terme « femmes » est ici utilisé pour rendre compte des oppressions spécifiques de cette classe sociale au décours de ces événements, bien qu'il échoue à visibiliser d'autres oppressions telles que le racisme, la contrainte à l'hétérosexualité, l'âgisme, les rapports de classe...*

### Maîtrise de sa fécondité, une biopolitique déléguée aux femmes par le monde médical

En gynécologie comme en obstétrique, le bio-pouvoir dont parlait M. Foucault s'est modifié. L'interdiction et la punition ont été remplacées par la surveillance. Et cette surveillance des corps et des conduites a largement été transférée au sujet lui-même. « *Le rapport de soi à soi et de soi aux autres, fait d'auto-examen et de respect de la différence, devient l'ordinaire de la bonne conduite. Gouverner, c'est faire que chacun se gouverne au mieux lui-même* » (Fassin et Memmi, 2004 : 25). Cette « bio-politique déléguée » passerait donc par une intériorisation des normes par les actrices et acteurs sociaux, et serait médiée par le pouvoir médical.

En matière de maîtrise de la fécondité, globalement, c'est de la surveillance exclusive du corps des femmes dont il s'agit. Ce qui libère tous les hommes de cette responsabilité et de ce champ de contrôle des corps.

Cette surveillance passe, entre autres, par le suivi gynécologique qui touche au corps, à l'intime, discrimine les bons ou mauvais comportements

et postule en général d'une sexualité normée. Elle passe aussi par le suivi contraceptif qui enjoint les femmes à se « *conformer à des rythmes spécifiques* » (Ruault, 2015 : 44) et à se soumettre aux normes contraceptives qui « *dictent des chronologies et scénarios sexuels* » (Ruault, 2015 : 48), qui agissent sur les corps et qui les rendent sexuellement disponibles. La faculté à disposer de son corps, quand on est une femme, s'arrête à l'endroit où celui-ci n'est plus auto-contrôlé, auto-normé. Des normes, des morales, vont alors se poser au-dessus du postulat de liberté à disposer de son corps. Dans ces contextes, pour les femmes, la marge de manœuvre est limitée à ce que le monde médical considère comme normal ; au-delà, son pouvoir coercitif peut s'appliquer. C'est le cas par exemple quand on parle de « *récidivistes* » pour les femmes qui ont recours à plusieurs interruptions volontaires de grossesse, ou quand un-e professionnel-le s'insurge contre l'absence de contraception... sans questionner la nécessité de celle-ci, c'est-à-dire en postulant d'office l'existence de relations hétérosexuelles avec rapports pénétrants.

### **Le choix de « faire un enfant » : entre désir individuel et attentes sociales**

Les luttes féministes menées il y a plus de quarante ans nous ont légué à la fois des droits et une vision différente de la parenté : la maternité ne serait plus le destin biologique des femmes. Il reviendrait à chaque personne de faire le choix de se reproduire ou pas.

*Un enfant « si je veux, quand je veux » ?*

Ce « vieux » slogan est encore actuellement à appréhender à la fois à l'aune des normes dominantes en matière de planification familiale et des attentes sociétales qui continuent à peser sur les femmes.

L'accès à la maternité est d'abord une question de temporalité. Si pour une jeune femme en cours de formation, le recours à l'IVG semble légitime, tant d'un point de vue social que pour les professionnel-le-s qui entoureront le geste, il n'en va pas de même lorsque la grossesse survient à un moment où la maternité semble socialement souhaitable et il est moins fréquent que le choix se porte alors sur une IVG. Lorsque les critères de la bonne maternité sont atteints, les professionnel-le-s n'ont pas forcément la même attitude face à une demande d'IVG ou de contraception à moyen terme, pouvant questionner directement cette temporalité : « ne serait-il pas temps d'avoir un enfant » ?

Face à la double injonction à la carrière et à la maternité, « *la composante professionnelle de l'identité féminine est la plupart du temps reléguée au second plan dès qu'elle entre en concurrence avec la dimension maternelle* »

(Bajos et Ferrand, 2004 : 127). En effet, les normes de la « bonne » maternité réunissent essentiellement deux critères : le bon moment, entre 25 et 35 ans, et le fait d'être constitué en couple stable (Joly, 2011).

Les débats concernant la maternité tardive, notion imprécise qui fluctue selon les époques et les lieux rendent compte de ces injonctions. La paternité tardive qui, elle aussi, semble s'accompagner d'une augmentation du risque (chromosomique) pour l'enfant à venir, n'a jamais conduit les hommes à écouter leur « horloge biologique » (Moguéro *et al.*, 2011). De même, la problématisation des grossesses adolescentes comme un « problème social » met en évidence les balises sexuelles et reproductives que les femmes en particulier sont invitées à respecter.

L'accès à la maternité est aussi une question de classe : la norme procréative dépend aussi des « *capitaux sociaux potentiellement rentables sur le marché du travail* » (Bajos et Ferrand, 2006 : 101). Pour les jeunes femmes moins dotées, l'accession à la maternité, même jugée « trop précoce » peut représenter une perspective « *d'acquérir une identité sociale reconnue : celle de mère (...)* » (Bajos et Ferrand, 2006 : 101).

L'accès au « devenir parent » est surtout une question de genre : si le refus de parenté reste légitime pour les hommes, la revendication « pas d'enfant si je ne veux pas » est toujours difficile à assumer socialement pour les femmes, signifiant encore la primauté de la composante maternelle pour l'identité (sociale) des femmes (Praz, Modak et Messant, 2011).

### **L'accès à la maternité, un changement qualitatif**

La possibilité de recourir à la contraception et à l'IVG ainsi que leur facilité d'accès rendent possible les sanctions morales et sociales à l'endroit des femmes qui ne s'adaptent pas aux normes de la bonne maternité.

L'accès à la maternité n'est pas souhaitable socialement pour toutes les femmes : celles porteuses de handicap mental notamment ou les femmes psychiatisées. En France, l'impossibilité d'accès aux techniques d'Aide Médicale à la Procréation pour les couples homosexuels et pour les femmes seules atteste des cadres au sein desquels la reproduction doit se situer : la famille nucléaire hétérosexuelle. Faire un « enfant si je veux » est donc conditionné à l'appartenance à une certaine catégorie de femmes.

Puisque la contraception et l'IVG ne produiraient que des enfants désirés et mûrement anticipés, on attend d'autant plus des femmes qu'elles soient de « bonnes mères ». Le modèle de « *la ménagère efficace a laissé place à l'éducatrice présente, attentive et psychologue* » (Bajos et Ferrand, 2004 : 133).

La psychologisation des rapports sociaux, c'est-à-dire l'intégration de conceptions psychologisantes comme clé de compréhension unique des rapports sociaux, et plus particulièrement des rapports parents-enfants, des rapports de couple et des rapports familiaux est largement vulgarisée et diffusée. Elle a de multiples effets. Elle prescrit ou proscriit des comportements, des normes éducatives : comment bien élever, soigner, s'occuper de ses enfants, comment bien vivre en couple,... en bref, il s'agit d'augmenter la performance et l'efficacité des individu·e·s. Et ces « conseils » éducatifs et conjugaux s'adressent préférentiellement aux femmes, l'activité d'élevage des enfants leur étant toujours presque exclusivement déléguée. La pression à la maternité qui s'exerce sur les femmes ne consiste plus seulement à faire des enfants, il faut le faire bien. La responsabilisation accrue des individu·e·s à un effet secondaire : la culpabilisation de certains comportements. D'autre part, cette psychologisation des rapports sociaux efface les conditions matérielles des oppressions en les dissimulant sous des rapports interindividuels qu'il suffirait de transformer en se changeant soi-même (Castel, 2008). Il est, par exemple, relativement normal d'être déboussolée après un accouchement quand on est seule face à un enfant qu'on ne comprend pas, dont il faut s'occuper sans arrêt, en dormant très peu et en assumant, toujours seule, la montagne de tâches domestiques. Non, ce ne sont pas les hormones ou un manque d'instinct maternel, il s'agit juste de la condition des femmes, censées assumer prioritairement ces activités et s'en trouver satisfaites. En invisibilisant les rapports de pouvoir, elle empêche la lecture politique des inégalités sociales et donc la possibilité d'y répondre collectivement.

### Grossesse et accouchement : un contrôle par le corps

Le fait de posséder des organes génitaux féminins constitue à lui seul un motif de consultation annuelle auprès d'un·e professionnel·le de la santé et le fait d'être enceinte va multiplier ces rencontres médicales. En France comme en Belgique, le nombre de consultations requises est de sept minimum pendant la grossesse. Il s'agit donc d'une surveillance rapprochée du processus de fabrication d'un enfant mais aussi d'une mère. Le contrôle du corps pendant la grossesse n'est pas qu'une réponse à un problème de santé. La grossesse n'étant pas, en soi, une maladie mais il est justifié par la nécessité de rechercher un problème potentiel. Grossesse et accouchement sont perçus comme des événements pouvant rapidement basculer de l'eutocique (normal) au pathologique et ne seront d'ailleurs déclarés normaux qu'*a posteriori*.

Être enceinte, c'est surtout être considérée comme déjà mère et donc responsable du bien-être de son fœtus, c'est à dire au service de l'enfant



(Jacques, 2007 ; Knibielher, 2012). On demande aux femmes d'adapter leur comportement au nom de la qualité du fœtus et ce tant dans la sphère privée (hygiène de vie, alimentation) que dans la sphère publique par la soumission au suivi : examens réguliers qui débutent préférentiellement avant la grossesse (par la visite pré-conceptionnelle) et examens de diagnostic. La mère devrait donc protéger le fœtus contre les menaces extérieures mais aussi internes : celles liées à son corps considéré comme toujours prêt à défaillir (St-Amant, 2013).

Les recommandations des professionnel-le-s de la santé sont relayées par les revues et les livres spécialisés : ils diffusent les consignes et les bons comportements à adopter mais aussi les attitudes socialement légitimes, faisant de la grossesse une expérience normée.

Lors de l'accouchement, du moins en structure hospitalière, la personne qui vient accoucher doit, bien souvent, se comporter comme « *une invitée soumise* » (Saillant et O'Neil, 1987), devant se soumettre aux actes médicaux, souvent mal ou peu compris, mais présentés comme gages de sécurité pour la mère comme pour l'enfant. Les débats houleux concernant l'accouchement à domicile (AAD) en France mettent en exergue à la fois les attentes sociétales qui pèsent sur les femmes en tant que responsables de la protection de l'enfant à venir et la vision pathologique des processus d'enfantement. Cette vision pathologique induit nécessairement l'intervention médicale, instituée co-responsable de la sécurité de la mère et de l'enfant. En effet, l'AAD est perçu tant par les professionnel-le-s de la santé que par les profanes comme une mise en danger. Ce qui est reproché aux femmes qui s'engagent dans cette voie, c'est leur irresponsabilité, à comprendre, envers leur enfant, leur égoïsme (Jacques, 2007). Il est demandé aux femmes d'être responsables de leur enfant, et au moment de la naissance, cela signifie déléguer totalement cette responsabilité au corps médical.

Au moment du travail, quand il se déroule à la maternité, la surveillance et les interventions se multiplient sur le corps des femmes, favorisant intrinsèquement des conditions de pathologies iatrogènes. Il est relativement rare d'y voir laisser naître des enfants. Plus souvent, on y voit une production rationnelle dont la temporalité est vérifiée et qui advient après une série d'actes posés de façon chronologique et s'induisant les uns les autres. Cette production a pour conséquence de priver les deux protagonistes d'une naissance d'une partie de leur agentivité. Et fait qu'aujourd'hui, on entend souvent « c'est un-e tel-le qui m'a accouchée » ?

En parallèle, l'explosion de la taxonomie des « dys » s'est déroulée de la même manière dans la psychiatrie et dans l'obstétrique : comme chaque individu est potentiellement porteur d'un trouble, leur surveillance et leur

médicalisation peuvent s'étendre, d'autant que l'industrie pharmaceutique s'en frotte les mains. *«Le concept de dystocie obstétricale sert la double visée du contrôle normatif du comportement de la femme par le contrôle performatif du corps maternel, tout en garantissant la perpétuation de ce contrôle»* (St-Amant, 2013 : 148).

Comme le soulève St-Amant, il est curieux, dans une discipline médicale, de faire montre d'une utilisation massive de techniques et de technologies non scientifiquement prouvées comme apportant un bénéfice : l'épisiotomie, dont les taux peinent à diminuer, et le monitoring fœtal continu notamment (Jacques, 2007). Sans compter la modification complète que certaines technologies apportent au regard de ce qui se passe : on ne voit plus une femme en train de fabriquer ou d'accoucher un enfant mais des informations se lisant sur un écran, à distance et par des sachant·e·s. Et cette lecture se passe des mots de la femme, qui souvent peine à la comprendre et à l'appréhender, faute d'explications.

Souvent, les actes sont imposés, c'est-à-dire réalisés sans poser la question. Ou alors le temps manque pour exposer les avantages, les inconvénients et surtout les conséquences, le choix des personnes est plutôt mal éclairé. Le consentement se réduit en général à sa forme la plus basique : on se contente d'accepter quelque chose qu'on n'a pas choisi. En réalité, quand une femme fait quelque chose qu'elle veut, on ne parle jamais de consentement. Or, l'espace laissé à la possibilité d'exprimer une volonté propre est infime et il est très difficile d'être une force de proposition en dehors ce qui est accepté par la structure. *«Le consentement est intrinsèquement un concept inégal. Le consentement existe pour rationaliser le pouvoir des puissants sur les impuissants. On attribue le consentement à quelqu'un qui ne peut pas partir, pas choisir, ni arrêter la situation, ni ne peut la prévenir, pour rationaliser ce qui lui arrive. Mais ce concept est valide pénalement pour protéger les personnes dominantes»* (MacKinnon, 2014, extrait d'une conférence à la Sorbonne).

D'un côté, l'hôpital joue *«un rôle d'instrument d'encadrement sanitaire et socioculturel de la grossesse et de la naissance (...) et de maintien sous une forme nouvelle de la vieille culture d'oppression des femmes (...) au cœur même de ce qui la «justifie» : le contrôle de leur fécondité»* (Knibiehler, 2004 : 113 et 123). De l'autre, les équipes manquent de personnel et sont soumises à un risque médico-légal qui ne cesse d'augmenter et les incite à se surprotéger... en surmédicalisant.

Mais la notion de violence obstétricale commence à se diffuser. C'est la visibilisation d'un endroit supplémentaire des violences faites aux femmes en tant que classe. Mais comme toutes les violences, elles ne sont que la pointe émergée d'un système de domination. S'il peut venir à l'esprit du

*quidam* certains faits qui ont défrayé la chronique comme les touchers vaginaux lors d'anesthésies générales, certaines femmes qui accouchent dans nos maternités seraient sans doute surprises d'apprendre que dans certains pays, le fait de «*forcer à donner naissance sur le dos, jambes surélevées, lorsque les conditions existent pour qu'elle-s puisse-nt accoucher à la verticale*» constitue déjà une violence aux yeux de la loi (Art. 51 de la loi sur les violences obstétricales, Venezuela, 2007). Et les personnes exerçant cette violence sont bien les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé.

Les sages-femmes sont parmi les premières intervenantes que les futurs parents rencontrent dès l'annonce de la grossesse. Elles accompagneront une partie du processus du «*devenir parent*».

Historiquement réservée aux femmes, cette profession reste encore très féminisée. Des deux champs professionnels historiques de l'obstétrique, les obstétriciens, profession historiquement masculine, détiennent les outils et possèdent «*la connaissance et le savoir, après avoir évincé les matrones puis limité les sages-femmes dans leur exercice*». D'où une «*interaction de subordination*» entre sages-femmes et obstétriciens. Cette répartition des tâches entraîne pour les obstétriciens «*l'exercice de compétences (...) valorisantes et valorisées*» et pour les sages-femmes «*le rôle d'accompagnement relatif à des compétences attachées aux qualités dites féminines*» (Charrier, 2007 : 85-108). À l'époque, si les matrones ont été remplacées par les sages-femmes, c'est également parce que l'Église et les pouvoirs en place ont vu en elles, à un moment donné, un instrument supplémentaire de surveillance des mœurs des femmes. Aujourd'hui, l'accompagnement des parents dans leurs premiers moments avec leur enfant en suites de couche va contribuer à l'assignation d'une fonction parentale différenciée et aux représentations de genre à l'égard des enfants.

## Une fonction parentale genrée

Si la division sexuelle du travail homme pourvoyeur d'argent/ femme au foyer à plein temps est minoritaire aujourd'hui et ici, elle continue pourtant à structurer l'organisation familiale : «*les femmes «peuvent» exercer une activité professionnelle ou d'autres activités extrafamiliales dans la mesure où celles-ci n'entrent pas en conflit avec les exigences du travail familial, et les hommes «peuvent» développer leurs rôles familiaux ou d'autres activités extraprofessionnelles dans la mesure où leur exercice ne prétérte pas leur activité professionnelle*» (Le Goff et Lévy, 2016 : 14). L'arrivée d'un enfant et l'augmentation des tâches qui est son corollaire vont renforcer la répartition genrée du travail domestique et impacter non seulement les activités professionnelles des femmes mais aussi leurs

relations extrafamiliales qui ont tendance à se resserrer autour des liens de parenté au sens large, ce qui est moins le cas pour les hommes qui deviennent parents (Le Goff et Levy, 2016 : 289). L'arrivée d'un enfant ne fera cependant que renforcer l'extorsion gratuite du travail domestique des femmes, déjà présente dès la mise en couple (Delphy, 2015). Et si la socialisation différenciée joue un rôle dans cette division sexuelle du travail, elle n'en est pas l'unique cause. Elle est également modulée par la classe sociale des individus, par les institutions et politiques publiques. Un État peut prôner un idéal d'égalité sans mettre en place les conditions matérielles réelles de cette égalité. C'est le cas, par exemple, si on observe la logique étatique qui sous-tend les systèmes de garde d'enfants. Ces solutions de garde seraient un service rendu «aux femmes» alors qu'en réalité, *«elles remplacent une partie du travail parental. Les femmes font leur part, les hommes, non ; c'est donc la part de ces derniers que les équipements sociaux réalisent»* (Delphy, 2015 : 46).

À la maternité, lors du séjour qui suit un accouchement, les sages-femmes ont un rôle de guidance des parents, un rôle de transmission, d'éducation à la santé. De manière générale, lors de l'observation menée en 2013 au sein de deux maternités de Wallonie (Belgique), les sages-femmes transmettent des représentations de genre et engagent des pratiques différenciées en fonction du parent. L'éducation aux soins de l'enfant reste focalisée sur la mère et le père est très peu pris en compte, il est rarement invité à y participer et souvent ignoré. Le dialogue qui concerne l'enfant s'instaure entre la mère et la professionnelle. Implicitement le message transmis aux parents est le suivant : le rôle de la mère est de s'occuper (correctement) de l'enfant, le père n'y a que peu de place. La question de l'activité ou de l'inactivité des parents n'est jamais questionnée, ni celle de l'organisation familiale : on suppose que c'est le parent homme qui travaille. Mais il est vrai que si le congé des pères, ou de la co-mère à l'occasion d'une naissance n'est que de 11 jours, c'est bien que l'État attend de la mère biologique qu'elle s'occupe de l'enfant dans ses premières semaines. Le discours des professionnelles épouse donc une certaine réalité genrée exogène au milieu familial. Pourtant, aucune d'entre elles n'incite les pères à jouer un rôle actif dans les tâches domestiques ou dans les activités liées à l'arrivée d'un enfant bien qu'elles puissent évoquer leurs multiplications. De même, pendant le séjour, les équipes valorisent les femmes surtout dans le cadre de leur allaitement maternel, pour leur capacité de lactation, de nourrissage, donc un élément biologique mais aussi quand elles s'occupent bien de leur bébé. À l'inverse, elles sont mal évaluées quand elles ne mettent pas leur bébé au sein «dans les règles de l'art», quand elles dorment tard, sont peu réceptives aux conseils des professionnelles ou lorsqu'il leur manque du matériel de puériculture. Ces évaluations des professionnelles mettent en

évidence les attentes qui pèsent sur les femmes. La parité semble influencer les attentes des professionnelles : les primipares doivent faire preuve de volonté et les multipares ne devraient plus avoir besoin d'aide, étant censées « savoir », ou du moins « avoir l'habitude ». Ces attentes ne sont pas toutes exprimées directement. C'est surtout l'allaitement qui cristallise les remarques et les équipes tentent de remédier aux comportements non attendus par de l'éducation et de l'accompagnement. Les pères ne sont ni valorisés ni dévalorisés dans l'ensemble, mettant en exergue le peu d'attente qui pèsent sur eux de la part des équipes. Une exception : lorsque la mère est dans l'impossibilité de s'occuper de son enfant, on attend du père qu'il la relaye. Quand le père est plus présent que la moyenne, alors il est évalué positivement.

Toutefois, si les sages-femmes véhiculent par leurs attitudes et leurs discours des comportements genrés, les parents n'en sont pas exempts : lorsque la professionnelle ne s'adresse ni à l'un ni à l'autre parent, ce sont dans l'immense majorité des cas les mères qui se sentent concernés par les soins aux enfants. Peu de pères ont cherché à y trouver une place. Pourtant, lorsque les parents ont des attitudes qui vont à l'encontre des habitudes, il s'opère un changement dans les rôles attribués à chacun et une adaptation des professionnelles vers une éducation et une transmission moins genrées.

### Une socialisation différenciée qui commence in utero

Avant la naissance, déjà, l'échographie fait du fœtus un individu genré, modifiant les projections de ses parents. À la maternité, les sages-femmes interagissent également avec les enfants nouvellement nés. Si elles leur parlent de façon identique, les compliments adressés aux enfants devant les parents diffèrent. Les petites filles sont valorisées surtout pour leur aspect esthétique « tu es belle » et le seul comportement valorisé est celui « d'être sage ». Les compliments dont les petits garçons bénéficient sont plus diversifiés et plus axés sur les comportements « t'es un courageux toi ». Ainsi le corps des petites filles n'a déjà pas la principale fonction d'être ou de faire, ce qui est plus relevé au sujet des petits garçons et qui correspond déjà aux attentes correspondant à leur genre assigné. Puisqu'on *veut* que les enfants correspondent à des attentes différentes selon leur genre, on interprète les comportements selon cette clé (Gianini Belotti, 1974).

De même, les sages-femmes interprètent des comportements pourtant identiques de façon différente en fonction du genre du bébé. La colère est plus facilement attribuée au garçon, puisque plus valorisée pour ces derniers (Vouillot, 1986). Les attitudes des petits garçons ont été évaluées comme plus actives. Qualifier un enfant de « courageux », « volontaire », « motivé » implique une force propre. Aucun de ces qualificatifs n'a été

utilisé pour une fille. Mais si l'interprétation est différente, la réponse différera également, impliquant pour chaque genre des expériences différentes. Physiquement, les enfants ne font pas non plus les mêmes expériences, ne reçoivent pas les mêmes stimulations : les filles sont généralement portées loin du corps des professionnelles alors qu'à l'inverse la majorité des petits garçons sont portés contre elles. L'étiquette assignée à l'enfant va modifier les pratiques des adultes qui le prennent en charge et ce, dès sa naissance. D'autres études qui portaient sur la famille et les lieux d'accueil l'ont attesté. À l'instar des parents, les professionnelles peuvent transmettre des « mandats » concernant la féminité et la masculinité, contribuant à une socialisation genrée (Lescarret et De Leonardis, 1996 : 28-30).

Les normes de comportement, de rôle, de fonction, les attitudes attendues de chacun·e en fonction de son genre constituent deux ensembles normatifs. Cette socialisation différenciée commence *in utero*, se poursuit tout au long de la vie et il est bien difficile de s'en extirper sans en subir des conséquences.

Le but de cette étude était de prendre conscience de nos attitudes professionnelles. La classe des femmes paye encore cher les rapports de pouvoir inégalitaires et les sages-femmes se situent à un endroit tout particulier d'un des lieux de leur oppression spécifique : le contrôle de la fécondité où se réactualisent leur contrôle, leur surveillance et leur réassignation. Les endroits de lutte sont divers et nombreuses sont les professionnelles qui se battent déjà aux côtés des femmes pour changer les pratiques. Parce qu'il est impératif de ne pas collaborer à l'oppression des femmes, ni dans la production du genre, ni dans les soins gynécologiques ni dans les soins obstétricaux. Parce que trop souvent, ceux-ci riment avec violence psychologique, physique ou sexuelle, contrainte à l'hétérosexualité, perte de pouvoir, absence de choix, morcellement du corps, appropriation par le corps médical des processus physiologiques, pathologisation, médicalisation et rappel à l'ordre.

Parce que tout simplement, la gynécologie et l'obstétrique font partie des soins réservés aux femmes et que les femmes font partie de cette classe de la société qui n'a pas son mot à dire quant à l'usage de son corps, de sa sexualité et de son sexe.

## Bibliographie

- BAJOS, N. et FERRAND, M., L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative, *Sociétés contemporaines*, n° 61, 2006, p.91-117.
- CASTEL, R. *et al.*, D'où vient la psychologisation des rapports sociaux ?, *Sociologies pratiques*, n° 17, 2008/2, p. 15-27.
- DELPHY, C., *Pour une théorie générale de l'exploitation*, Paris: Editions Syllepse, 2015.
- GIANINI BELOTTI, E., *Du côté des petites filles*, Paris: Editions des femmes, 1974.
- JACQUES, B., *Sociologie de l'accouchement*, Paris: PUF, 2007.
- JOLY, H. L'injonction à l'homoparentalité, cache-sexe de l'éros lesbien, *Nouvelles Questions Féministes*, vol.30, n° 1, 2011, p.44-51.
- KNIBIEHLER, Y., *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Paris: PUF, 2012.
- LE GOFF, J.M. et LEVY R. (dir.), *Devenir parents, devenir inégaux, transition à la parentalité et inégalités de Genre*, Zurich-Genève: Editions Seismo, 2016.
- MACKINNON, C., *Vers l'égalité des sexes : différence et domination d'un point de vue global*, Paris, Université de la Sorbonne, 2013-2014.
- MEMMI, D., Administrer une matière sensible: conduites raisonnables et pédagogie par corps autour de la naissance et de la mort, in FASSIN, D. et MEMMI, D. (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris: Editions de l'EHESS, 2004, p. 135-154.
- MOGUÉROU, L., BAJOS, N., FERRAND, M. et LERIDON, H., Les maternités dites tardives en France: enjeu de santé publique ou dissidence sociale?, *Nouvelles Questions Féministes*, vol.30, n° 1, 2011, p.12-27.
- LESCARRET, O. et DE LEONARDIS, M. (dir.), *Séparation des sexes et compétences*, Paris: L'Harmattan, 1996.
- PAZ, A.F., MODAK, M. et MESSANT, F., Produire des enfants aujourd'hui: un défi pour l'analyse féministe, *Nouvelles Questions Féministes*, vol.30, n° 1, 2011, p.4-10.
- RUAAULT, L., La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine, *Nouvelles Questions Féministes*, vol.34, n° 1, 2015, p.35-50.
- SALLIANT, F. et O'NEIL, M., *Accoucher autrement*, Montréal: Éditions Saint-Martin, 1987.
- ST-AMANT, S., *Déconstruire l'accouchement: épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale*, thèse de doctorat en sémiologie, Montréal: Université du Québec, 2013.
- VOUILLOT, F., Structuration des pratiques éducatives selon le sexe de l'enfant, *Enfance*, vol.39, n° 4, 1986, p.351-366.

## **« Chausser les lunettes du genre » pour comprendre l'impact des conditions de travail sur la santé**

*Laurent Vogel*

Sans intégrer la santé au travail, les politiques de l'égalité restent inefficaces. L'inverse est tout aussi vrai : la lutte pour la santé au travail doit se fixer pour objectif l'accès des femmes et des hommes à tous les postes de travail dans des conditions compatibles avec la santé tout au long de leur vie.

L'égalité est loin d'être au rendez-vous quand on examine les données des enquêtes européennes sur les conditions de travail et sur l'emploi. Quelle que soit la région considérée, les femmes travaillent dans des conditions moins favorables que les hommes. Leurs salaires sont inférieurs, elles sont davantage affectées par la précarisation de l'emploi, elles assurent la part majeure du travail non rémunéré. Elles subissent plus que les hommes le risque de la pauvreté. Les configurations concrètes de l'inégalité varient cependant d'un pays à l'autre suivant un ensemble de facteurs : l'orientation plus ou moins « familialiste » de l'État providence, l'intensité de la ségrégation horizontale qui confine les femmes à un nombre limité d'activités et de secteurs, l'importance des investissements publics dans des infrastructures comme les crèches, les maisons de repos, la diffusion du travail à temps partiel comme norme d'emploi principale pour les femmes... Si ces différences sont importantes, elles n'affectent pas la structure profondément inégalitaire de nos sociétés.

### **La ségrégation**

La ségrégation entre hommes et femmes au travail constitue une des caractéristiques principales qui apparaît dans l'enquête européenne sur les conditions de travail<sup>1</sup>. Elle concerne autant le travail rémunéré que le travail non rémunéré. Parmi les employés de bureau, les professions intermédiaires de la santé, dans les métiers de soins personnels et dans le nettoyage, le pourcentage de femmes se situe autour de 80 %. Pour les métiers



manuels de la construction, les opérateurs de machines, les métiers manuels de l'artisanat, le pourcentage d'hommes va de 85 % à 90 %. L'éducation constitue également un secteur fortement féminisé (67 % de femmes). Le tableau d'ensemble est saisissant : 60 % des femmes et 64 % des hommes travaillent dans des professions composées principalement de personnes de leur sexe. Sur les vingt groupes professionnels les plus importants, seuls cinq peuvent être considérés comme relativement mixtes. Or, il s'agit de catégories qui sont définies dans des termes très généraux. À l'intérieur de professions apparemment mixtes, on trouvera souvent une division du travail qui fait apparaître des zones nettement masculines ou féminines.

En ce qui concerne les conditions d'emploi, le principal facteur de ségrégation est constitué par le travail à temps partiel qui représente désormais la norme de l'emploi féminin dans un certain nombre de pays européens. Les pays où l'écart entre temps de travail rémunéré des hommes et celui des femmes est le plus élevé sont l'Autriche, la Belgique, l'Allemagne, l'Irlande, les Pays-Bas, la Norvège et le Royaume-Uni. Le travail à temps partiel est corrélé à une plus grande flexibilité imposée des horaires (avec les facteurs d'incertitude que cela implique pour l'organisation de la vie), à de moindres possibilités de formation et de promotion. Il s'agit d'un facteur central de précarisation du travail des femmes. En Allemagne, les femmes ont été particulièrement affectées par les « réformes Hartz » adoptées par un gouvernement SPD-Verts au début des années 2000. Elles constituent deux tiers des mini-jobs (salaires mensuels bruts ne dépassant pas 450 euros) et trois quarts des midi-jobs (salaires entre 450 euros et 850 euros).

Le travail non rémunéré se caractérise par une distribution fortement inégalitaire. Si l'on additionne le travail rémunéré, le temps de transport et le travail non rémunéré, le temps de travail hebdomadaire moyen des femmes s'élève à 64 heures contre 53,4 heures pour les hommes. La différence principale provient du travail non rémunéré : 26,4 heures pour les femmes contre 8,8 heures pour les hommes.

La ségrégation affecte la santé pour plusieurs raisons. Tant pour les femmes que pour les hommes, des stéréotypes sur ce qui serait un travail « naturellement » féminin ou masculin permettent de banaliser les risques et de minimiser la charge réelle du travail. De façon plus spécifique pour les femmes, la ségrégation tend à réduire l'impact positif du travail salarié lorsqu'elle affecte les femmes à des activités qui se présentent comme un prolongement du travail non rémunéré. Cela concerne toutes les professions liées aux soins des personnes mais aussi celles qui se situent dans la continuité de tâches domestiques comme le nettoyage, le repassage... Cette association avec le travail non rémunéré apparaît également dans des professions apparemment très éloignées de celui-ci dans la mesure où les

attentes des collègues ou des usagers changent parfois les modalités pratiques des comportements professionnels. Des enquêtes dans des milieux très divers mettent en évidence ces pressions.

L'organisation du travail est marquée par un fonctionnement plus autoritaire de la hiérarchie pour les travailleuses. Dans l'enquête européenne de 2010, 37 % d'entre elles relèvent qu'elles sont en mesure d'influencer les décisions qui sont importantes pour leur travail contre 43 % des hommes<sup>2</sup>. Elles sont 46 % à être consultées avant que des objectifs ne soient fixés (contre 48 % pour les hommes). Si l'on examine le déroulement de la vie professionnelle, 29 % des travailleuses indiquent que leur travail offre de bonnes perspectives pour un avancement dans la carrière contre 34 % des hommes.

### Des atteintes à la santé différentes

Les conditions de travail et d'emploi déterminent d'importantes inégalités sociales de santé tant pour les hommes que pour les femmes. Ce constat est important mais, pour améliorer ces conditions, il faut examiner dans quelle mesure les atteintes à la santé peuvent suivre des dynamiques différentes pour les hommes et les femmes.

La ségrégation professionnelle concentre une proportion plus élevée d'hommes dans des activités où les risques matériels sont immédiats et visibles. Ainsi, les taux de fréquence des accidents du travail sont plus élevés pour les hommes que pour les femmes. Ce phénomène est en grande partie lié à des concentrations d'hommes très marquées dans des secteurs où les taux d'accidents sont particulièrement élevés comme la construction, la pêche ou le transport routier. Dans la plupart des pays d'Europe, les statistiques indiquent cependant une tendance au rapprochement entre les taux de fréquence masculins et féminins des accidents du travail. En général, on observe à long terme, une tendance à la réduction des accidents du travail parmi les hommes qui est beaucoup plus marquée que pour les femmes. Quand les statistiques calculent le taux de fréquence par rapport au nombre d'heures consacrées au travail rémunéré, l'écart entre les hommes et les femmes apparaît également moins important.

Les autres risques du travail reflètent largement la ségrégation professionnelle : plus d'hommes sont exposés à des agents chimiques toxiques (notamment des substances cancérigènes), au bruit et aux vibrations. Les femmes sont plus nombreuses à être exposées aux risques biologiques (notamment en raison de leur concentration dans le secteur de la santé et des soins aux personnes). En ce qui concerne le port de charges lourdes, les hommes sont plus affectés par le port d'objets et les femmes par le port de personnes. De façon globale, la perception des risques immédiats

pour la santé et la sécurité est plus importante chez les hommes que chez les femmes. Cet avantage à court terme disparaît sur le long terme. Le pourcentage des femmes qui considèrent qu'elles ne seront pas à même de conserver le même travail lorsqu'elles auront atteint l'âge de soixante ans est similaire à celui des hommes.

Cette perception est confirmée par les statistiques sur l'emploi. On constate une diminution sensible des taux d'emploi féminin à partir de l'âge de cinquante ans dans la plupart des pays européens. L'abandon du marché du travail est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. L'explication de ce phénomène tient vraisemblablement en la conjonction de deux éléments : la santé des femmes est marquée par l'impact cumulé des expositions professionnelles et, particulièrement, par l'usure associée à un travail répétitif, sous pression, avec des charges émotionnelles importantes et des niveaux de reconnaissance et d'autonomie plus faibles que pour les hommes. L'autre élément est vraisemblablement une possibilité majeure de s'écarter du travail pour des femmes dont la santé est détériorée ou menacée.

Le présentisme affecte davantage les femmes que les hommes. Elles sont 41 % à indiquer qu'il leur est arrivé d'aller travailler alors qu'elles étaient malades au cours des douze derniers mois (contre 38 % des hommes).

Peu d'enquêtes étudient de façon détaillée les conditions du travail non rémunéré. Les données les plus systématiques sont fournies par les enquêtes de santé réalisées en Espagne (Rohlfs et Frigola, 2007). Ces données sont globalement confirmées par les sources disponibles dans d'autres pays européens. Elles permettent d'établir un lien entre la charge de travail domestique (généralement mesurée par le nombre de personnes au foyer), la classe sociale et l'état de santé.

Les accidents causés par le travail non rémunéré sont très mal documentés en Europe. La plupart des statistiques disponibles concernent une catégorie très générale d'accidents de la vie courante qui regroupe des événements de nature très hétérogène (accidents liés aux loisirs, incendies, accidents causés par le travail domestique, noyades, suffocation par des aliments...). Ces statistiques identifient des éléments causaux de la liste du Code international des maladies (ICD-10) qui se limitent à des agents matériels (noyade, feu, morsures et piqûres, courant électrique...) sans mentionner l'activité qui a été à l'origine de l'accident. L'Italie recueille des données plus systématiques dans la mesure où elle a mis en place un système d'assurance obligatoire contre les accidents pour les personnes qui se consacrent uniquement au travail domestique non rémunéré.

D'après des recherches portant sur l'année 2007 (Pitidis *et al.*, 2012), environ 400 000 femmes se seraient présentées aux services de premier secours

des hôpitaux italiens à la suite d'accidents survenus à la maison et 110 000 de ces accidents seraient causés par le travail domestique. Une hospitalisation s'est imposée dans 9 200 cas et des invalidités graves permanentes concerneraient chaque année environ 900 femmes. 63 % de ces accidents liés au travail domestique se produisent à la cuisine. Les auteurs de l'étude relèvent : « La maison est un lieu sûr dans l'imaginaire individuel et social mais elle ne l'est que si les espaces et les objets qu'ils contiennent ont été construits, entretenus et utilisés de manière appropriée ». Cette observation suggère que, dans les conditions de réalisation du travail domestique, on va retrouver des inégalités sociales importantes liées aux conditions économiques des familles.

### **Comprendre l'impact de la ségrégation comme source d'atteintes à la santé**

Devinette : quels sont les points communs et les différences entre des infirmières d'hôpital et des ouvriers du bâtiment ? À première vue, tout les distingue. Les infirmières travaillent avec des personnes. Les ouvriers du bâtiment façonnent la matière. La délimitation de métiers spécifiques dans le secteur du bâtiment et des travaux publics remonte à la haute Antiquité. La profession d'infirmière est apparue il y a un siècle environ.

Parmi les points communs : nous sommes tous redevables de ces deux activités professionnelles. Les différentes formes de bâti sont omniprésentes dans notre vie quotidienne. L'on imagine mal aujourd'hui un être humain qui, de la naissance à la mort, n'entrerait pas en contact avec l'univers hospitalier. Les deux activités ont longtemps eu une dimension religieuse ou sacrée qu'elles ont perdue à notre époque.

La comparaison de l'impact des conditions de travail sur la santé de ces deux groupes dégage des éléments intéressants. La ségrégation de genre occulte une part importante de la charge de travail dans les deux groupes. Virilité, force physique et endurance sont présentées comme des qualités naturelles des ouvriers du bâtiment. Capacité de soigner, de consoler, de communiquer, dévouement au bien-être des malades, assurer un travail qui implique un contact direct avec des corps et une intense charge émotionnelle sont présentés comme des caractéristiques éminemment féminines. Pour les unes comme pour les autres, le poids des stéréotypes est lourd à porter. La charge réelle de travail aboutit à une sélection très rapide dès l'entrée au travail. La charge cumulée au fil des ans rend ces professions impossibles à tenir dans la durée de toute une vie professionnelle. Une partie importante des ouvriers du bâtiment et des infirmières d'hôpitaux décrochent bien avant l'âge de la retraite. Cela montre que tous les hommes ne correspondent pas à la virilité « naturelle » du bâtiment et que toutes les

femmes sont loin de s'accommoder des multiples rôles de mère, d'épouse et de fille qu'elles sont supposées reproduire dans leur activité professionnelle. Ajoutons à cela que les deux professions impliquent des expositions multiples : substances chimiques dangereuses, port de charges lourdes, contraintes ergonomiques. À ces éléments communs s'ajoutent pour les infirmières le contact parfois difficile avec les patients et leurs proches, des horaires de travail peu compatibles avec les autres aspects de leur vie, une organisation très hiérarchisée où leurs connaissances réelles sont souvent peu prises en compte par le corps médical. Pour les ouvriers du bâtiment, on relèvera l'insécurité de l'emploi, les situations de sous-traitance en cascade, le travail en plein air dans des conditions climatiques variables.

Parmi les facteurs qui contribuent positivement à la santé, on peut citer pour les infirmières une reconnaissance sociale qui résulte de longues luttes liant l'amélioration de leurs conditions de travail avec la qualité des soins. La visibilité majeure du travail des infirmières est un acquis des luttes des infirmières. Pour les ouvriers du bâtiment, malgré l'intensification du travail, l'on mentionnera une autonomie plus importante que dans de nombreux secteurs industriels, une solidarité collective et des traditions d'organisation. La possibilité de soumettre leur activité à la surveillance de la hiérarchie ou à un suivi informatique est nettement plus réduite que dans la production industrielle. Ce dernier facteur est au contraire très présent dans le travail des infirmières.

Les atteintes à la santé se traduisent chez les ouvriers du bâtiment par une mortalité prématurée importante. Cet écart est dramatique pour trois causes de décès : les accidents par chute, les cancers et les problèmes de santé mentale. Le pourcentage de victimes d'invalidité est aussi très élevé. Une enquête suisse mentionne que parmi les hommes de 45 à 65 ans, le pourcentage moyen d'invalides s'élève à 15 %. Il est de 4 % pour les architectes, ingénieurs et techniciens ; de 40 % pour les travailleurs du bâtiment.

Une étude réalisée dans dix pays d'Europe montre que, en règle générale, un pourcentage très élevé des infirmières qui ont entre 30 et 40 ans envisagent fréquemment de quitter leur emploi. Cette perspective est généralement due à une dégradation des conditions de santé (mentale et physique) liée à de mauvaises conditions de travail (notamment en ce qui concerne l'aménagement des horaires et l'épuisement au travail). L'étude montre également que le fait d'envisager de quitter la profession se traduit dans la majorité des cas par un départ réel. L'on se trouve en présence de conditions de travail qui provoquent une usure prématurée sans nécessairement déboucher sur une mortalité plus importante même si certaines causes de mortalité (comme les cancers du sein liés au travail de nuit et à certaines expositions chimiques) restent préoccupantes.

## Une prévention au rabais

Les enquêtes européennes ne permettent pas d'analyser les pratiques de prévention en fonction du genre. Celles qui fournissent des données sexuées ne posent pas de question sur les activités de prévention. L'enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents (ESENER), qui couvre celles-ci, ne permet pas d'analyser séparément la situation des hommes et des femmes. Par contre, les quelques enquêtes nationales disponibles contiennent des éléments de réponse convergents. En règle générale, les activités de prévention sont organisées de manière moins systématique dans les activités fortement féminisées. La seule exception notable est constituée par les hôpitaux. La capacité des infirmières à se mobiliser pour l'amélioration de leurs conditions de travail est un des principaux facteurs qui expliquent cette exception.

En France, 61 % des salariés mentionnaient en 2013 l'existence d'un Comité de sécurité, hygiène et conditions de travail – CHSCT (Algava et Vinck, 2015). C'est le cas de 62,7 % des hommes contre 59 % des femmes. L'absence de CHSCT contribue à expliquer une prévention moins systématique et plus bureaucratisée. Ainsi, 35 % des travailleurs connaissent l'existence d'un document d'évaluation des risques contre 24 % des travailleuses. Lorsque l'existence de ce document est indiquée, la probabilité d'avoir été consulté sur son contenu est légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Alors que la médecine du travail est supposée couvrir l'ensemble des salariés en France, plus de 16 % des femmes n'ont jamais bénéficié d'une visite médicale ou indiquent que la dernière visite remonte à plus de cinq ans. Être une femme multiplie par deux la probabilité d'être « oubliée » par la médecine du travail. La visite médicale ne prend tout son sens que si la médecine du travail procède également à un examen des conditions collectives de travail. Environ 25 % des hommes signalent une visite de leur établissement par un médecin du travail au cours des douze derniers mois contre 20 % des femmes. 54 % des hommes disposent de consignes ou d'instructions écrites de sécurité et de santé au travail contre 38 % des femmes. Les inégalités concernent également la formation à la sécurité : environ 35 % des hommes ont bénéficié d'une telle formation dans leur entreprise contre 26 % des femmes.

Les données de l'enquête espagnole sur les conditions de travail de 2011 vont dans le même sens (INSHT, 2012). 41 % des hommes signalent la réalisation d'une étude des risques sur leur poste de travail contre 32 % des femmes. L'entreprise a proposé une visite chez le médecin du travail à 75 % des hommes contre 61 % des femmes au cours des douze derniers mois. En ce qui concerne l'information et la formation sur les risques, 62 %

des hommes en ont bénéficié contre 52 % des femmes. À ces facteurs liés au genre des travailleurs et des travailleuses, s'ajoute un problème lié à la représentation. Lorsque celle-ci existe, elle est assurée essentiellement par des hommes. Un peu moins d'un quart des délégués de prévention en Espagne sont des femmes d'après une enquête réalisée en 2009.

## Quelles implications politiques ?

Les données résumées dans cet article sont utiles pour analyser de façon critique les politiques de prévention. Au cours de ces dernières années, une partie des institutions politiques ont préconisé de concentrer la prévention sur des secteurs à haut risque et de réduire les obligations patronales dans les secteurs à bas risque. Cette approche a été fréquemment mise en avant dans les débats européens. Il n'existe pas de secteurs que l'on puisse considérer de façon générale comme « à bas risque ». Tout dépend du risque que l'on envisage. Dans certaines activités, le risque d'accident peut être réduit tandis que le risque chimique ou l'intensité du travail peuvent être plus importants. De même, une modulation des obligations de prévention en fonction de la taille des entreprises aurait vraisemblablement des conséquences discriminatoires pour les femmes. Les partisans de « *better regulation* » en Europe occultent systématiquement les inégalités de genre que leurs politiques peuvent entraîner. Sous les apparences d'une approche qui privilégie le « bon sens », ils entérinent les stéréotypes habituels suivant lesquels le travail des femmes comporterait moins d'atteintes à la santé que celui des hommes.

Le mouvement syndical ne devrait cependant pas se limiter à une critique des politiques publiques de prévention au travail. Il est également utile de réfléchir à son propre fonctionnement et à ses propres stratégies. Lier l'égalité à la lutte pour la santé au travail reste un axe négligé dans l'action de la plupart des organisations syndicales. Leur intervention pour une égalité dans la sphère domestique est souvent modeste. L'articulation entre les temps de travail (rémunéré et non rémunéré et les autres temps de vie) mérite des réponses qui aillent au-delà de la simple notion de « conciliation » qui ne remet pas en cause la perpétuation des inégalités de genre. Dans cette optique, la relance de la lutte pour une réduction égalitaire du temps de travail est sans doute un des éléments de réponse, à condition d'être associée à la revendication d'un partage égalitaire des tâches domestique

## Notes

- 1 Les données citées sont celles de l'enquête de 2010. Au moment de rédiger cet article, les données de l'enquête de 2015 n'étaient pas encore disponibles.
- 2 Les réponses considérées ici sont « toujours » ou « le plus souvent ».

## Bibliographie

- ALGAVA, E. et VINCK, L., Contraintes physiques, prévention des risques et accidents du travail, *Synthèse Stat'*, n° 10, 2015.
- ARNAUDO, B., FLOURY, M.C. et VINCK, L., Les ouvriers du bâtiment et des travaux publics : des contraintes physiques et des expositions aux produits chimiques importants, une autonomie assez élevée dans le travail, *Première Synthèses Informations, DARES*, n° 07.3, 2008.
- GUBÉRAN, E. et USEL, M., *Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève ; Écarts de mortalité entre classes sociales dans les pays développés*, Genève, 2000.
- HASSELHORN, H.-M. et al., *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*, Stockholm : University of Wuppertal, 2003.
- INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo), *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*, Madrid : INSHT, 2012.
- MESSING, K. (dir.), *Comprendre le travail des femmes pour le transformer*, Bruxelles : BTS, 1999.
- MESSING, K., *Les souffrances invisibles. Pour une science du travail à l'écoute des gens*, Montréal : Ecosociété, 2016.
- PITIDIS, A. et al., Gli infortuni delle casalinghe – un fenomeno sommerso, *Not. Ist. Super. Sanità*, vol. 25 (7-8), 2012, p. 13-16.
- ROLHFS, I. et FRIGOLA, M., La incorporación de la perspectiva de género en las encuestas de salud en los primeros años del siglo XXI : evolución y camino a seguir, in BORRELL, C. et ARTAZCOZ, L., *Investigación en género y salud*, Barcelone : Sociedad Española de Epidemiología, 2007, p. 44-78.
- THÉBAUD-MONY, A., DAVEZIES, Ph., VOLKOFF, S. et VOGEL, L., *Les risques du travail. Ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris : La Découverte, 2015.
- THURET, A. et al., Analyse de la mortalité prématurée dans le secteur de la construction, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 30, 2009, p. 325-328.
- SMITH M. et al., *Women, men and working conditions in Europe. A report based on the 5<sup>th</sup> European Working Conditions Survey*, Luxembourg, 2012.
- VENDRAMIN, P. et VALENDUC G., *Perspective de genre sur l'emploi et les conditions de travail des seniors, Working paper 2014.03*, Bruxelles : ETUI, 2014.



### Cancer du sein et travail

Avec environ 360 000 nouveaux cas par an et plus de 90 000 décès, le cancer du sein est la principale cause de mortalité par cancer pour les femmes dans l'Union européenne.

Pendant longtemps, l'épidémiologie des risques professionnels a négligé l'étude des interactions entre les conditions de travail et ce cancer quasi exclusivement féminin. La littérature scientifique qui y est consacrée est plus récente et moins abondante que celle sur le cancer du poumon qui constitue la principale cause de mortalité par cancer pour les hommes.

Ce manque d'intérêt scientifique influence les politiques de prévention du cancer du sein : la plupart des campagnes accordent une importance centrale à la détection précoce et à des conseils individuels concernant le style de vie (alimentation, activité physique...) et négligent la prévention collective primaire et l'amélioration des conditions de travail. L'industrie pharmaceutique y trouve un avantage certain. C'est ce que pointe la sociologue française Marie Ménoret : « *Zeneca Pharmaceutical, le plus grand vendeur au monde de médicaments anticancéreux pour le cancer du sein, grâce à son brevet sur le tamoxifène, est également grand producteur de pesticides et autres produits délétères, connus pour être particulièrement cancérigènes* ».

À l'inverse, l'analyse des cancers du sein chez les hommes a souvent contribué à identifier le rôle des expositions professionnelles. En particulier, on a pu établir depuis longtemps le rôle joué par des substances chimiques (notamment dans les solvants) et celui des rayonnements ionisants.

Un rapport publié en août 2015 par le Fonds du cancer du sein aux États-Unis confirme des associations déjà observées entre différentes professions et les cancers du sein.

Parmi les infirmières, le risque est augmenté de 50 %. Il est multiplié par quatre dans certaines professions qualifiées. Une des hypothèses retenues par la littérature scientifique est le rôle joué par le stress au travail. De nouvelles associations apparaissent dans des recherches récentes. Le risque de cancer du sein est multiplié par cinq parmi les coiffeuses et esthéticiennes ainsi que parmi les travailleuses de l'industrie alimentaire. Il est multiplié par 4,5 parmi les travailleuses du nettoyage à sec et de la blanchisserie et par quatre parmi les ouvrières de l'industrie papetière et des arts graphiques ainsi que dans la fabrication de produits en caoutchouc et plastique.

Le rapport liste les risques professionnels qui expliquent ces chiffres. Il s'agit principalement d'un ensemble de substances chimiques comme le benzène et d'autres solvants, les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), les pesticides et de nombreux autres perturbateurs endocriniens. Le travail de nuit et les rayonnements ionisants sont également épinglés.

**Pour en savoir plus**

Breast Cancer Fund, *Working Women and Breast Cancer. The State of Evidence*, 2015.

PUDROVSKA, T. *et al.*, Higher-status occupations and breast cancer: a life-course stress approach, *Social science & medicine*, vol.89, 2013, p.53-61.

MÉNORET M., Prévention du cancer du sein : cachez ce politique que je ne saurais voir, *Nouvelles Questions Féministes*, vol.25(2), 2006, p.32-47.

## **Une intervention féministe qui a nui aux femmes : différences biologiques, égalité, ergonomie et santé au travail\***

***Karen Messing***

Au milieu des années 1970, en tant que professeure de biologie et membre du comité des femmes de mon syndicat, je faisais partie d'un mouvement visant à réduire l'écart salarial entre les hommes et les femmes au Québec en augmentant les salaires des femmes et en éliminant les distinctions entre les sexes dans les affectations de travail. Nous avons ciblé des emplois auparavant désignés spécifiquement comme féminins ou masculins. Par exemple, à l'origine, les femmes qui nettoyaient les chambres d'hôpital étaient affectées au « nettoyage - femmes ». Elles époussetaient, nettoyaient les toilettes et vidaient les poubelles. Les hommes étaient affectés au « nettoyage - hommes » et passaient la serpillière, polissaient le sol et poussaient des aspirateurs. Après que la discrimination sexuelle explicite dans l'embauche fut devenue illégale dans les années 1960, les dénominations des emplois ont été changées respectivement en « nettoyage (travail léger) » et « nettoyage (travail lourd) » sans changement dans le contenu du travail. Les emplois avec « travaux lourds » (HW - TLd) étaient encore presque exclusivement occupés par des hommes et recevaient un salaire plus élevé que les « travaux légers » (LW - TLg), effectués presque exclusivement par des femmes. Les luttes au sein du syndicat et avec l'employeur (la province de Québec) ont abouti à l'abolition de l'écart salarial dans les années 1980, mais les dénominations distinctes des emplois ont persisté.

\* Cet article a été publié pour la première fois en anglais sous le titre « A Feminist Intervention That Hurt Women: Biological Differences, Ergonomics, and Occupational Health » dans *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, vol.27, n° 3, 2017, p.304-318 et a été reproduit ici avec l'autorisation de l'éditeur Sage.

Traduit de l'anglais par Isabelle Algrain, chargée de projets à l'Université des Femmes.

En 1976, mon employeur, l'Université du Québec à Montréal (UQAM), a signé un accord avec les trois plus importants syndicats du Québec, leur fournissant des ressources humaines et économiques pour la formation et la recherche (Messing, 2014; Mergler, 1987). Dans le contexte de cet accord, la Confédération des syndicats nationaux (CSN) m'a demandé dans les années 1990 de contribuer à des sessions de formation en ergonomie tant pour les agent·e·s d'entretien que pour les aides.soignant·e·s. Plus tard, le comité des femmes du CSN a demandé des recherches en ergonomie sur la distribution sexuée des tâches et l'activité de travail observable dans ces emplois. À ce moment-là, je n'étais plus membre du comité des femmes du syndicat, mais j'étais très intéressée à l'idée de réexaminer ce travail d'un point de vue scientifique. Je décris ici quelques problèmes découlant de trois études menées auprès du comité des femmes de la CSN et de son comité de santé et de sécurité, menées de 1994 à 2008.

Note sur la terminologie : en utilisant l'exemple de l'ostéoporose, la biologiste Anne Fausto-Sterling a expliqué pourquoi il est difficile d'attribuer dichotomiquement des phénomènes de la vie réelle soit au genre socialement produit, soit au sexe biologique, puisque le genre et le sexe interagissent de différentes manières pour produire de tels phénomènes. L'ostéoporose est le résultat de l'anatomie influencée par les hormones et de la physiologie, certes, mais aussi de notre niveau d'activité et de notre régime, qui sont affectés (par exemple) par les normes sociales, la ségrégation professionnelle et les rôles domestiques. La discussion de Fausto-Sterling peut être appliquée à divers phénomènes prenant place sur le lieu de travail tels que le fait de soulever des poids ; il est impossible de séparer les déterminants sociaux des déterminants biologiques de la force de levage (Fausto-Sterling, 2005). Je vais donc me référer au genre/sexe (g/s) tout au long de la description suivante des affectations de travail et des implications pour la santé.

## Les agent·e·s d'entretien

Notre première étude sur les agent·e·s d'entretien d'hôpitaux a eu lieu en 1994-1995 (Messing, Chatigny et Courville, 1998; Messing, 1998a). Au Québec, les hôpitaux sont publics et les agent·e·s d'entretien d'hôpitaux sont des employés du gouvernement, syndiqués et relativement bien payés comparativement à d'autres agent·e·s d'entretien. Le CSN a organisé une série de sessions de formation dans le cadre d'une plus grande mobilisation des travailleurs hospitaliers contre une proposition d'externalisation et des suppressions d'emplois. Notre partie de la formation s'est concentrée sur les risques biologiques et ergonomiques pour la santé des agent·e·s d'entretien. Cependant, à partir de leurs commentaires et de leurs questions, nous avons pris conscience des aspects sociaux et organisationnels de leur travail. J'ai été particulièrement frappée par l'épouvantable communication

entre les agent·e·s d'entretien et le personnel infirmier, ce qui a compliqué la tâche des agent·e·s d'entretien pour organiser leur travail et protéger leur santé. Par exemple, les agent·e·s d'entretien n'étaient pas autorisés à accéder à des informations sur la santé des patient·e·s, ils/elles avaient donc très peur de la contagion lorsqu'ils/elles se rendaient dans les chambres des patient·e·s, surtout lorsqu'ils/elles voyaient d'autres personnes prendre des précautions spéciales. J'ai aussi beaucoup entendu parler de la façon dont les agent·e·s d'entretien et même les gestionnaires d'entretien ont été exclus des consultations sur la conception des chambres et le design des meubles, malgré les effets cruciaux sur la difficulté de nettoyage. Les agent·e·s d'entretien m'ont choquée avec des rapports d'insultes de familles de patient·e·s hospitalisé·e·s et d'autres personnes qui n'avaient aucune idée du peu de pouvoir que les agent·e·s d'entretien avaient sur le niveau de saleté à l'hôpital. Les agent·e·s d'entretien du syndicat étaient heureux de collaborer à notre étude et «North Hospital» a accepté notre présence.

La seule source de financement pour la recherche en ergonomie se trouvait alors en sciences sociales. Nous avons donc orienté notre demande de subvention vers les questions de genre et de sexe et leur influence sur la division des tâches assignées et l'activité de travail réelle. Nous avons reçu assez d'argent pour embaucher deux étudiantes diplômées en ergonomie pour distribuer un court questionnaire et observer l'activité de travail des agent·e·s d'entretien (25,5 h pour TLg et 34,75 h pour TLd). Les observations ont été effectuées sur une période de plusieurs semaines, pendant les quarts de jour et de soir, afin que tous les aspects du travail puissent être échantillonnés (Messing, Chatigny et Courville, 1998). Après les premières observations, j'ai demandé aux étudiantes de décrire le travail et de me donner leurs premières impressions. Je craignais qu'elles ne permettent pas à l'hypothèse de recherche de biaiser leurs observations, alors j'ai voulu développer une grille d'observation le plus rapidement possible. J'ai été rassurée, bien que très surprise de constater que les étudiantes (deux femmes) avaient complètement oublié que g/s faisait partie de l'hypothèse de recherche et s'étaient concentrées sur la compréhension et l'amélioration des conditions organisationnelles et matérielles de tous les agent·e·s d'entretien. Cette invisibilité du g/s sur le lieu de travail a été notre première constatation, répétée maintes fois et également évoquée par d'autres chercheur·e·s, par exemple dans une série de discussions universitaires sur l'ergonomie et le genre (voir plus loin ; Laberge et Messing, 2010). Si l'on s'intéresse au sujet, le rapport g/s est rarement saillant pour les observateurs. Les travailleurs/travailleuses et les gestionnaires disent aussi qu'ils/elles trouvent étrange de discuter de g/s en relation avec leur travail.

Notre deuxième constatation était une division stricte des tâches assignées par dénomination des emplois ainsi qu'une addition de tâches associées aux g/s des travailleurs. De telles différences g/s dans les tâches des agent·e·s d'entretien ont également été signalées aux États-Unis (Locke *et al.*, 2014). Chaque bureau, chambre d'hôpital et espace commun a été nettoyé deux fois : une fois par un homme affecté au TLd et une fois par une femme assignée au TLg. Le TLd consistait en théorie à passer la serpillière et l'aspirateur sur les planchers, à laver de grandes surfaces et à effectuer tout travail nécessitant l'utilisation d'une échelle. Dans certains hôpitaux, on a dit aux travailleurs/travailleuses, à tort, qu'il était illégal pour une femme d'utiliser une échelle ou que l'assurance ne couvrirait pas les frais si une femme avait un accident sur une échelle. Dans la pratique, le personnel infirmier, en grande partie féminin, demandait aux hommes affectés au TLd de faire de nombreuses tâches perçues comme masculines, depuis pousser des objets lourds jusqu'à calmer et même de retenir des patients psychiatriques obsédés.

Le TLg, d'autre part, consistait à nettoyer et épousseter de petits objets et tout ce qui pouvait être atteint depuis une position debout, à genoux ou en position d'étirement, comme des tables de chevet, du matériel médical et les toilettes. Les agent·e·s d'entretien TLg étaient également responsables de l'élimination des déchets, de la vidange des poubelles et du ramassage des déchets. Le TLg a été sous-estimé par le programme informatique utilisé pour assigner des tâches et des zones de travail ; les tâches TLg étaient plus souvent omises dans les inventaires des tâches utilisées pour établir le recrutement, de sorte que les agent·e·s d'entretien TLg étaient forcés de se dépêcher pour terminer les tâches qui leur étaient assignées.

Les stéréotypes g/s ont entraîné des conflits sur les affectations de travail. Était-ce normal qu'une femme qui nettoie un miroir de salle de bain utilise une échelle ou devait-elle se tenir debout sur l'évier ou sur les toilettes au risque de tomber ? Est-ce que les TLd ou les TLg (ou les infirmières) devraient nettoyer l'urine renversée, étant donné que l'urine est associée aux toilettes (TLg), mais aussi aux soins des patient·e·s et au nettoyage des planchers (TLd) ?

Notre troisième constatation était que la répartition des tâches correspondait à une différence g/s dans l'activité de travail et donc à des risques pour la santé basés sur le g/s. Les postures de ceux qui pratiquaient le TLg étaient plus variées et impliquaient des postures plus extrêmes que dans le TLd. Les agent·e·s d'entretien TLg se penchaient et s'étiraient plus souvent, tandis que les TLd se tenaient debout, marchaient et poussaient des serpillières et des polissoirs. Les mouvements par minute dans le TLg étaient plus rapides que dans le TLd, mais l'amplitude du mouvement était plus faible. Étonnamment, cependant, il y avait un chevauchement dans les

poids manipulés. Bien que, en moyenne, les TLd manipulaient des poids plus lourds, certaines des corbeilles à papier et des meubles soulevés par les TLg étaient plus lourds que tout ce qui était soulevé par les TLd (Messing, Chatigny et Courville, 1998).

Notre quatrième constatation était que la division des dénominations des emplois et de l'activité professionnelle correspondait à une différence de g/s dans l'inconfort musculo-squelettique signalé. Un questionnaire court avec une carte corporelle a été complété par dix-neuf travailleurs/travailleuses (neuf femmes, dix hommes); les femmes ont rapporté significativement plus de fatigue au niveau cou/épaule, mais significativement moins de fatigue au dos que les hommes.

Notre rapport a fait 84 recommandations pour améliorer la conception des tâches, les procédures, l'organisation, les communications, les procédures d'achat et l'équipement. L'une de ces 84 recommandations examinait la distinction TLd/TLg pour voir si elle était nécessaire et appropriée. Le syndicat a transmis le rapport à l'hôpital ainsi qu'à l'organisation mixte de sécurité syndicale-patronale (ASSTSAS) et éventuellement au gouvernement. À la suggestion du syndicat, nous avons publié nos conclusions dans un article du magazine ASSTSAS.

Au cours de la période 1996-2007, trois changements sont survenus, dont deux étaient probablement liés à notre rapport. Premièrement, un examen gouvernemental de l'équité salariale a fait augmenter le salaire des TLg de sorte qu'il dépasse la rémunération des TLd; ils ont examiné notre rapport sur le contenu du travail des TLg. Ensuite, plusieurs hôpitaux ont fusionné les dénominations des emplois TLd et TLg, citant parfois notre rapport. Habituellement, la dénomination fusionnée de l'emploi s'appelait «travail lourd» (TLd). Le nombre de travailleurs/travailleuses affecté·e·s au TLg a été réduit de moitié tandis que le TLd est resté constant. Enfin, des épidémies de maladies nosocomiales telles que le *Clostridium difficile* ont éclaté dans de nombreux hôpitaux, ce qui a suscité des préoccupations en matière d'hygiène et a ralenti la tendance à la suppression d'emplois et à l'externalisation du nettoyage hospitalier.

En 2007, le comité des femmes du CSN nous a demandé de revoir le travail de nettoyage. Ils voulaient savoir s'il fallait soutenir la tendance à la fusion entre TLg et TLd. À l'«Hôpital Central», les femmes syndiquées bloquaient la fusion, invoquant le refus de faire certaines tâches TLd et affirmant craindre pour leur emploi. Cet hôpital ne nous a pas autorisé l'accès, mais nous avons pu retourner à l'hôpital original («Hôpital du Nord») et entrer dans un autre («Hôpital du Sud») afin d'examiner les tâches et le travail des femmes et hommes ayant une dénomination d'emploi fusionnée (Calvet *et al.*, 2012).

Nous avons constaté que le nombre et la proportion de nettoyeuses avaient chuté à l'Hôpital du Nord. Les femmes dans les emplois fusionnés étaient beaucoup moins âgées qu'en 1994-1995 et plus jeunes que les hommes. Nos observations nous ont montré que l'activité professionnelle des femmes et des hommes dans les emplois à dénomination fusionnée différait encore, les hommes passant deux fois plus de temps à passer la serpillière que les femmes et les femmes passant deux fois plus de temps à nettoyer les toilettes que les hommes. Au cours des entrevues, on nous a dit que certains hommes s'opposaient par principe au nettoyage des toilettes, affirmant qu'ils n'avaient jamais fait cette tâche à la maison. Les différences de g/s dans les rapports sur la douleur et la fatigue ont montré la plupart des mêmes tendances qu'en 1994-1995, bien que les différences entre les hommes et les femmes ne soient plus statistiquement significatives. Une augmentation significative de la fatigue des membres inférieurs est apparue, en particulier chez les hommes ; cela peut être lié aux suppressions d'emplois et aux surfaces plus grandes à nettoyer. Enfin, seulement environ un tiers des changements environnementaux que nous avons recommandés avaient été effectués au cours des années intermédiaires et de nombreux risques et difficultés persistaient. Un examen attentif de certaines tâches dans les hôpitaux du Nord et du Sud a montré que des tâches spécifiques étaient refusées par toutes les femmes et certains hommes, comme le compactage des ordures, qui impliquait des poids exceptionnellement lourds et une puanteur générale. En 2012, un étudiant a examiné ce travail de plus près dans le but de le rendre moins dangereux (Calvet *et al.*, 2012). La direction n'a ni payé pour cette étude, ni ne s'est engagée à rendre le travail accessible aux travailleurs/travailleuses plus petit·e·s et moins musclé·e·s. Compte tenu de l'austérité croissante dans le secteur des soins de santé, le syndicat local avait de nombreuses priorités autres que de faciliter l'accès des femmes à la profession.

Ainsi, bien que nos études aient probablement donné lieu à des salaires plus élevés pour les femmes, elles ont eu des effets marginaux sur la ségrégation des tâches par rapport au sexe et sur l'inconfort qui en résultait. Plus sérieusement, la fusion subséquente des affectations de tâches semble avoir eu un effet négatif sur l'embauche de femmes et/ou sur la capacité des femmes à survivre dans le secteur du nettoyage. Nous avons dû nous demander ce qu'il fallait dire aux femmes de l'« Hôpital central » qui demandaient, à moi ainsi qu'aux membres du syndicat de la santé et de la sécurité, de dire catégoriquement que les femmes étaient biologiquement incapables de faire du TLd.



## Les aides-soignant·e·s

Notre incapacité à améliorer la santé des agent·e·s d'entretien était particulièrement décevante si on la combinait avec les résultats d'une étude sur les aides-soignant·e·s que nous avons faite entre les deux études sur les agent·e·s d'entretien. En 2000, le syndicat nous a demandé d'examiner un autre cas de TLg et de TLd (Messing et Elabidi, 2003). Les aides-soignant·e·s, comme les agent·e·s d'entretien, avaient auparavant des dénominations d'emploi distinctes pour les femmes et les hommes, qui ont été redésignées par TLg et TLd, avec un salaire plus élevé pour les hommes et pour les TLd. Les dénominations des emplois TLg et TLd ont été fusionnées dans la convention collective de 1979-1982. Tant les femmes que les hommes ont exprimé leur préoccupation au sujet de la fusion au cours des séances d'entraînement en ergonomie des années 1990. Tous les deux ont soutenu que les femmes n'étaient pas assez fortes pour déplacer des patient·e·s. Ils/elles ont dit que les femmes aides-soignantes dans les emplois à la dénomination fusionnée se blessaient et que les hommes étaient surchargés de travail, faisant des levages supplémentaires pour compenser leurs collègues plus faibles. Les femmes et les hommes ont convenu que les infirmières demanderaient toujours aux hommes, jamais aux femmes, de les aider avec des tâches physiquement exigeantes. Les hommes plus âgés ont particulièrement exprimé la crainte de problèmes de dos suite au levage supplémentaire. Nous n'avons entendu aucune dissidence au cours des séances; les hommes et les femmes ont convenu que les hommes étaient surmenés et que les femmes risquaient de se blesser à cause de la fusion des emplois.

Selon les aides-soignant·e·s, certains services hospitaliers avaient tenté de faire en sorte qu'un homme au moins soit embauché à chaque étage, mais cette pratique était jugée discriminatoire et, lorsqu'elle persistait, elle était cachée. Les tribunaux ont imposé des exigences professionnelles identiques pour les femmes et les hommes dans ce travail. Après nos séances, le comité des femmes et le comité de la santé et de la sécurité du syndicat ont demandé une étude en vue de réduire les obstacles à l'intégration g/s complète du personnel infirmier dans le travail d'aide-soignant·e.

Nous avons d'abord visité une quinzaine d'hôpitaux pour avoir un aperçu de comment s'était déroulée la fusion. La direction et les syndicats locaux ont été unanimes pour dire que les emplois avaient été fusionnés avec succès et que les femmes et les hommes accomplissaient exactement les mêmes tâches. Cependant, tous les hôpitaux, sauf deux, ont refusé de participer à notre étude en disant: «Ne réveillez pas le chat qui dort». Lorsqu'ils y ont été poussés, les syndicats et la direction ont expliqué que la fusion avait été douloureuse et controversée et qu'ils avaient peur de

réintroduire un problème qui empoisonnerait les relations de travail entre les aides-soignants masculins et féminins.

Ces deux hôpitaux ont accepté à la condition explicite que notre étude porterait principalement sur la réduction des blessures liées au travail, un risque majeur chez les aide-soignant·e·s (Messing et Elabidi, 2003 ; Alamgir *et al.*, 2007). Nous avons réalisé des entretiens et une centaine d'heures d'observations dans quatre départements employant une force de travail de 60% de femmes aides-soignantes. Nous avons observé des travailleurs/travailleuses ayant plusieurs années d'ancienneté. Les aide-soignant·e·s dans un troisième hôpital ont aidé en répondant à un court questionnaire énumérant les diverses composantes physiques de leur travail ; ils/elles ont évalué la difficulté de chaque opération (tourner le/la patient·e dans un lit, faire un lit...). En moyenne, les femmes interrogées ont évalué toutes les opérations comme significativement plus exigeantes physiquement que les hommes. Nous avons utilisé les réponses pour construire une grille d'observation pour les opérations dans les hôpitaux du Nord et du Sud. Toutes les opérations observées ont été classées comme « très exigeantes physiquement », « physiquement exigeantes » ou « non exigeantes », sur base des réponses des travailleurs/travailleuses. Pour chaque opération physiquement exigeante observée, l'observateur a noté si les aspects physiques étaient partagés avec un·e collègue et le sexe du travailleur et collègue observé.

Les résultats nous ont surpris. Nous avons constaté que les aide-soignant·e·s partageaient la plupart des exigences physiques de leur travail ; 45% de toutes les opérations physiques et 62% des opérations « exigeantes » étaient effectuées par paires. Nous avons constaté que les femmes effectuaient 30% de plus d'opérations physiques par heure et qu'elles les exécutaient seules un peu plus souvent que les hommes. Elles effectuaient 15% d'opérations « exigeantes » de plus par heure et les effectuaient un peu moins souvent que les hommes. Plus étonnamment, les infirmières étaient quatre fois plus susceptibles de demander de l'aide aux femmes aides-soignantes qu'aux hommes, tandis que les hommes aides-soignants étaient plus susceptibles que les femmes de demander l'aide d'une infirmière. Très occasionnellement, trois fois pendant les cent heures d'observations, nous avons observé qu'un homme devait exécuter une tâche particulièrement dangereuse explicitement à cause de son *g/s* : deux tâches impliquaient de soulever des patients souffrant d'obésité morbide et une de restreindre un patient agressif. Un homme a refusé de faire seul le levage demandé, insistant sur l'aide des femmes présentes. Nous n'avons pas observé de demandes similaires faites aux femmes à cause de leur *g/s*. Dans un département, on nous a dit qu'une aide-soignante mais aucun aide-soignant refusait de soulever de lourdes charges ; la femme nous a avoué qu'elle avait refusé parce qu'elle était âgée. Dans le même département, on nous a dit

qu'un aide-soignant, mais aucune aide-soignante, évitait systématiquement les levages sans citer de raison.

Nous avons validé ces résultats avec deux ergonomes familiarisés avec le travail hospitalier et les avons ensuite présentés aux travailleurs/travailleuses et aux superviseurs. Les discussions avec les travailleurs/travailleuses, organisés en groupes mixtes, sont devenues quelque peu acrimonieuses et inconfortables, les hommes et les femmes contestant nos résultats sur la fréquence des tâches physiquement exigeantes accomplies par les femmes. Néanmoins, certaines femmes nous ont dit plus tard en privé qu'elles croyaient nos données. Deux superviseurs ont également déclaré que notre rapport cadrerait avec leurs observations. Le syndicat local n'a manifesté aucun intérêt pour les résultats et le président du syndicat local a dit qu'il ne croyait pas nos chiffres.

Néanmoins, le comité national des femmes du CSN et le comité de santé et de sécurité ont été intéressés par les résultats et ont produit une brochure basée sur ces études et d'autres, destinées à la formation. La brochure traitait des relations hommes-femmes au travail en tant que facteur de santé et de sécurité professionnelle (CSN, 2005). Malheureusement, l'initiative de formation a été abandonnée après que la première session de formation (mixte) eut donné lieu à des échanges désagréables et à de nombreuses remarques et discours hors-sujet.

Six mois après l'approbation de notre rapport final sur les aides-soignant·e·s, j'ai croisé le chemin de «James», l'un des deux ergonomes qui l'avait approuvé. J'ai mentionné que je venais de publier un livre sur la santé et la sécurité des femmes au travail et il m'a répondu : «Pourquoi un livre sur les femmes ? Les emplois des hommes, les emplois des femmes, il n'y a pas de différence. Une aide-soignante, un aide-soignant, c'est le même travail.» Je lui ai rappelé que le rapport qu'il avait approuvé disait l'inverse, mais il n'était pas convaincu.

## Implications politiques

Nos expériences au cours de ces deux études m'ont conduite à quelques suggestions de politique sur le sexe et le genre en relation avec l'ergonomie et la santé au travail.

### *Garder le G/S à l'esprit*

Au cours d'un certain nombre de nos études, la plupart des travailleurs/travailleuses, des syndicalistes et des représentants des employeurs, de même que certains collaborateurs et collègues scientifiques, ne voyaient vraiment pas l'intérêt de nos questions et résultats de recherche en matière de g/s.

Comme « James », ils/elles ont persisté à considérer le g/s comme non pertinent, même après de longues démonstrations. Un ergonome qui avait été formé dans notre centre de recherche et qui travaillait pour une association gouvernementale de santé et de sécurité nous a dit que son organisation n'avait jamais eu de demande d'intervention qui impliquait le g/s. De plus, comme nous l'avons mentionné, nous-mêmes n'étions pas à l'abri de cet aveuglement malgré le fait que nous avons écrit d'innombrables demandes de subventions et de publications scientifiques sur la santé et la sécurité au travail. Je pense que quatre phénomènes contribuent à la cécité de g/s dans les interventions ergonomiques.

Premièrement, paradoxalement, rester aveugle au genre peut être une stratégie de survie pour les travailleuses (Riel, Chatigny et Messing, 2015 ; Riel et Major, 2017). Pour elles, être visible en tant que femme peut être un obstacle à une carrière réussie, en particulier dans des emplois non traditionnels ou dans l'assignation des tâches. Nous avons raconté ailleurs l'histoire d'une technicienne en communication qui, en congé de maladie après avoir été violée par un autre travailleur sur un chantier pendant son temps de travail, a nié dans une interview avec des chercheurs que les femmes rencontraient des difficultés particulières dans son travail, où presque tous les travailleurs étaient des hommes (Messing, 1995). Ses collègues féminines, qui étaient au courant de l'incident, persistaient dans des dénégations similaires, malgré un taux d'attrition préférentiel de plus de 90 % pour les travailleuses au cours des trois années précédentes. La victime de l'attaque pourrait-elle retourner à son travail si elle n'oubliait pas le danger ? Est-ce que ses collègues féminines pourraient faire face au travail chaque matin si elles étaient constamment conscientes des barrières basées sur le g/s ? Comment leurs collègues masculins réagiraient-ils si les femmes s'identifiaient visiblement comme des femmes ? Les femmes, à l'instar d'autres groupes discriminés, peuvent être forcées de considérer le comportement discriminatoire sur le lieu de travail comme normal ou du moins acceptable (Bond *et al.*, 2004).

Nous alertons donc les syndicats et les gouvernements sur la nécessité d'accompagner toute tentative de soutenir la déségrégation professionnelle par des programmes concomitants explicites pour les soutenir et les éduquer, elles et leurs collègues, sur le g/s en matière de santé et de sécurité. Le nombre de femmes doit être surveillé dans ces situations et toute baisse de ce nombre doit être traitée. Les niveaux de harcèlement devraient être surveillés sans que les victimes aient à formuler des plaintes officielles, mais des voies de recours devraient également être établies. Nous avons suggéré cette approche comme une réponse à la question de l'« Hôpital Central » sur la fusion des emplois TLg et TLd.

Cette suggestion de rendre explicite le g/s sur le lieu de travail nous amène au deuxième sujet de préoccupation, celui des confrontations potentielles sur le lieu de travail. Lorsque nous avons commencé l'étude sur les aides-soignant·e·s, comme nous l'avons mentionné, la direction et les syndicats ont fait état d'un désagrément potentiel si l'on introduisait la question du g/s. Ils craignaient une atmosphère inconfortable au travail et soulignaient les difficultés et les querelles au moment de la fusion des dénominations d'emploi. L'échec de la brochure et des tentatives de discussion des réunions de santé et de sécurité a montré que ces craintes étaient justifiées. Des recherches doivent être faites pour développer du matériel et des techniques de formation appropriés tels que le jeu afin que les travailleurs et les travailleuses (et les managers) soient soutenus lors des changements de dynamique de genre et sensibilisés à la valeur de divers talents pour le succès des équipes de travail. Ce problème a également été identifié dans un rapport sur l'industrie de la construction aux États-Unis ; le rapport souligne que la formation ne fonctionne pas pour soutenir la diversité à moins qu'il n'y ait aussi un changement organisationnel (Moir, Thomson et Kelleher, 2011).

Un troisième problème concerne aussi bien les universitaires que les travailleurs/travailleuses : la pruderie. Les ceintures à outils peuvent donner aux seins des femmes une prééminence indésirable ; les conductrices d'autobus peuvent avoir besoin d'une salle de bain pendant leurs périodes de menstruation. Il est difficile de discuter en détail les différences biologiques g/s sans mentionner la taille des seins, la menstruation, l'intimidation sexuelle, la grossesse ou l'allaitement, sujets avec lesquels de nombreux travailleurs et travailleuses sont mal à l'aise.

Les scientifiques ne sont pas mieux. Angela Tate, étudiante en ingénierie à la Memorial University, nous a signalé que les études biomécaniques de l'anatomie humaine liées au levage sont habituellement effectuées sur des cadavres masculins et qu'aucune étude n'a été réalisée sur la pertinence de la taille des seins des femmes. Il est possible, par exemple, que les femmes ayant de gros seins puissent avoir des problèmes ou risquer de se blesser en portant des boîtes devant elles. Ma question sur les recherches dans ce domaine sur le site d'échange scientifique ResearchGate a suscité des blagues puériles mais aucun résultat de recherche réel. Nous avons rencontré des problèmes similaires pour obtenir des financements ou pour trouver des espaces de publication pour la recherche sur les effets de l'exposition au froid et d'autres conditions de travail sur le dysfonctionnement péri-menstruel et sur la biomécanique des opérations physiques pendant la grossesse (Messing, 1998b). Cela nous permettrait d'améliorer l'adéquation entre le corps des femmes et l'assignation des tâches. De telles

informations sur les risques spécifiques aux femmes devraient être développées. Les consultations doivent inclure des groupes mixtes ou non mixtes.

Enfin, il est difficile de détecter la pertinence du g/s en matière de santé et de sécurité au travail pour les praticiens qui tentent d'améliorer des emplois spécifiques. Les sociologues et les épidémiologistes qui travaillent sur des données basées sur la population peuvent facilement observer les effets du g/s, mais ceux qui interviennent sur les lieux de travail traitent avec des individus ou des petits groupes. Bien qu'en moyenne, les agents d'entretien masculins peuvent (ou ne peuvent pas) être plus grands, plus forts, moins méticuleux ou plus assertifs que les femmes agentes d'entretien, les agent-e-s d'entretien pris individuellement ne sont généralement pas différents de tous leurs collègues du g/s opposé. Par conséquent, puisque les ergonomes comme « James » ou moi-même observons des individus, nous ne prenons pas automatiquement conscience du g/s comme une composante saillante du lieu de travail. D'un autre côté, notre entraînement nous fait prendre conscience des postures inconfortables de « Joe » et de « Mary », de leurs vitesses rapides et de leur environnement de travail médiocre. Les solutions à ces derniers problèmes sont beaucoup plus faciles à trouver pour nous aussi. Du matériel devrait être développé pour former les ergonomes aux implications du genre et du sexe dans la conception du lieu de travail. Nous collaborons actuellement avec des collègues afin de développer des manuels scolaires en français sur les aspects g/s et l'ergonomie.

#### *Division du travail g/s : une bonne chose pour les femmes ?*

On peut faire valoir que notre étude de 1994-1995 sur les agent-e-s d'entretien, entreprise réalisée à l'initiative et avec l'appui du comité des femmes d'un syndicat progressiste, a aggravé la situation des agentes d'entretien. Il est également possible que la fusion des dénominations d'emploi des aides-soignant-e-s ait aggravé à la fois la vie des femmes et des hommes ; les femmes semblaient se surpasser face à la critique alors que les hommes étaient toujours exposés à des risques spécifiques dans des situations extrêmes. C'est un résultat très décevant après vingt années de collaboration université-syndicat sur la recherche basée sur les g/s et l'intervention en santé au travail.

Je dirais que cet échec est dû en partie au contexte actuel des relations de travail en Amérique du Nord. Bien que le taux d'adhésion syndicale au Québec soit relativement élevé avec 39% à la fois pour les femmes et les hommes (11% aux États-Unis) (ISQ, 2016 ; BLS, 2016a), le pouvoir réel des syndicats d'apporter des changements dans les conditions de travail concrètes est assez limité. Malgré l'acceptation de principe par la direction de nos 84 recommandations visant à améliorer la santé des agent-e-s d'entretien en 1995, environ un tiers seulement avait été mis-es en œuvre

treize ans plus tard. La fusion du TLg et du TLd, bien que proposée comme moyen de réduire les expositions à des mouvements répétitifs, a en réalité été menée en réaction à l'initiative d'équité salariale qui avait fortement augmenté le coût de l'embauche dans le TLg.

Parmi les 58 présentations faites lors d'une série d'ateliers sur le genre et l'ergonomie, qui ont eu lieu à Montréal entre 2008 et 2015, huit concernaient des différences physiologiques ou biomécaniques entre les femmes et les hommes qui étaient pertinentes pour la conception du lieu de travail et des tâches. Par exemple, la recherche de Plamondon a révélé qu'un petit échantillon de femmes expérimentées manutentionnant des matériaux avaient toutes une force de levage nettement inférieure à celle d'un groupe comparable d'hommes, sans chevauchement entre les sexes (Plamondon *et al.*, 2014). Son étude a montré que les femmes soulevaient des boîtes de 15 kg en utilisant des stratégies différentes de celles des hommes. Ces résultats étaient similaires à ceux de Stevenson *et al.* (1996) montrant que les femmes pouvaient soulever plus de poids si elles avaient plus de latitude pour choisir des techniques de levage et pour influencer l'environnement de levage. Plamondon a suggéré de redéfinir les environnements de travail pour permettre aux femmes de lever des poids d'une manière plus sûre pour elles. Il a également suggéré de réduire spécifiquement les poids à lever par les femmes, une idée controversée.

De plus, 11 des 58 présentations traitaient explicitement de l'intégration des femmes dans des situations non traditionnelles. Toutes ont conclu qu'il y avait une résistance à apporter des changements aux emplois en réponse à la présence des femmes, ce qui a entraîné une forte attrition et des risques pour la santé au travail. En l'absence d'un engagement significatif des employeurs à adapter la conception des emplois, à sensibiliser au harcèlement et à promouvoir la collaboration des équipes mixtes et sans le soutien des syndicats, nous devons malheureusement conclure que forcer la déségrégation n'est pas une bonne chose pour la santé économique ou physique des femmes à long terme. À cet égard, il sera important de suivre de près les effets des récentes mesures gouvernementales québécoises facilitant l'entrée des femmes dans les emplois de la construction, sans mesures d'accompagnement visibles pour assurer leur rétention (CCQ, 2016).

*L'analyse G/S est-elle une bonne chose pour les hommes ?*

Bien que les taux globaux d'accidents du travail et de décès chez les hommes soient supérieurs à ceux des femmes (BLS, 2016b ; BDO, 2014), le g/s des hommes est rarement examiné en ce qui concerne la santé et la sécurité au travail. Dans l'étude sur les aides-soignant-e-s, cependant, à la fois le genre des hommes et celui des femmes semblait mettre chacun en danger. Alors que les femmes se sentaient obligées de compenser leur fai-

blesse perçue, les hommes étaient exposés à un risque accru d'expositions plus rares mais particulièrement dangereuses. Toutefois, des chercheurs en France et en Suède ont souligné que les hommes âgés dans des lieux de travail physiquement exigeants sont parfois autorisés ou encouragés à passer à des tâches moins exigeantes, formellement ou informellement ; cela ne semble pas se produire pour les femmes (Messing, Doniol-Shaw et Haentjens, 1993 ; Torgén et Kilbom, 2000). Comme de nombreuses expositions dans les emplois féminins ne sont pas reconnues, de tels ajustements ne sont pas disponibles pour les femmes dans les lieux de travail ségrégués ; les femmes âgées ou blessées peuvent être forcées de prendre une retraite anticipée à la place (Chappert, Messing, Peltier *et al.*, 2014). En outre, nous avons parfois vu des hommes craindre que si les femmes entrent dans leur emploi, elles occuperont des créneaux réservés aux hommes vieillissants, ce qui augmentera les risques pour les hommes. Nous pensons qu'une attention particulière devrait être accordée à l'utilisation des stéréotypes g/s pour justifier la surexposition des hommes ou des femmes, ainsi qu'aux problèmes de g/s qui surviennent lorsque la population active vieillit.

*Est-ce que la recherche sur les différences biologiques entre les hommes et les femmes est compatible avec la promotion de l'égalité au travail ?*

Tout comme certains chercheurs en sciences de la santé ont été moins que ravis de relever les défis que représentent les implications génétiques, sociales, légales et politiques des données sur la santé afro-américaine recueillies dans un contexte où le racisme est un danger clair et présent (Krieger, 2005), certains chercheurs féministes, favorables aux travailleurs, ont été, à juste titre, réticents à mettre l'accent sur les différences dans la biologie relative au travail. Ils soulignent à juste titre que, pour de nombreuses dimensions corporelles et tests de force, les différences à l'intérieur d'un même sexe dépassent les différences entre les sexes. Ils disent aussi, très raisonnablement, que le travail se fait habituellement en équipe et que les coéquipiers travaillent généralement à répartir les tâches de manière à tirer parti des points forts des membres et à réduire les faiblesses (Assunção et Laville, 1996). Je suggérerais, cependant, que dans un monde où la plupart des recherches biologiques sur la santé, l'anatomie, la physiologie et l'ergonomie du travail ont été faites avec des sujets masculins, il peut y avoir des manques cachés dans les données et il pourrait être dangereux pour les femmes de refuser d'explorer les différences hommes-femmes. De plus, étant donné la dynamique comportementale dans les groupes avec des g/s mixtes (ou ethnicité, ou couleur, ou ...), l'optimisation des contributions individuelles peut ne pas se faire spontanément.

Certains résultats de recherche récents nous alertent sur la possibilité qu'au moins certaines différences de g/s puissent être d'une importance vitale pour



la prévention des maladies professionnelles et des blessures. Les expositions neurotoxiques peuvent prendre des voies quelque peu différentes chez les femmes et chez les hommes (Mergler, 2012), les tâches répétitives peuvent être traitées différemment par les systèmes neuromusculaires féminins et masculins (Johansen, Samani, Antle *et al.*, 2013), et les femmes effectuant les mêmes tâches que les hommes peuvent se rapprocher de leur limite physiologique (Karlqvist, Leijon et Härenstam, 2003). Dans mes propres études et celles de mes collègues sur les effets musculo-squelettiques de la position debout par rapport à la marche, il existe des questions légitimes sur les méthodes utilisées pour prendre en compte les effets des différences g/s de poids corporel et de longueur de foulée et leurs effets sur les articulations des pieds et des hanches qui diffèrent également par g/s (Chung et Wang, 2012). En outre, je suis toujours curieuse de savoir si les femmes avec des seins plus gros qui soulèvent des poids au travail présentent un risque accru de problèmes de dos et quelles solutions il pourrait y avoir.

Par conséquent, j'aimerais voir plus de recherches sur les différences en matière de g/s en ce qui concerne le travail, mais cela doit être fait en étroite relation avec le plaidoyer des travailleurs et des femmes. En d'autres termes, un espace sûr pour une telle recherche doit être établi. Au cours des quarante dernières années, notre centre de recherche a bénéficié d'un tel espace sécurisé grâce à l'accord université-syndicat. Cependant, le fait que notre accord soit unique le rend très vulnérable aux pressions néolibérales pour réduire ce poste budgétaire. Je recommande donc que les syndicats et les autres groupes communautaires exercent des pressions sur les universités financées par des fonds publics pour créer des mécanismes qui permettent aux groupes d'accéder aux ressources académiques à faible coût avec une contribution garantie à toutes les étapes du processus de recherche.

## Remerciements

Nous remercions les travailleurs, les représentants syndicaux et les administrateurs des hôpitaux. Nous sommes reconnaissants à Marie-France Benoit et Micheline Boucher de la Confédération des syndicats nationaux d'avoir initié les études. Bénédicte Calvet, Céline Chatigny, Julie Courville et Diane Elabidi ont également participé à la collecte de données et aux discussions sur les résultats. Karen Messing est membre de l'équipe d'intervention sur le transfert des connaissances « Modélisation d'une approche de recherche orientée vers l'action participative et axée sur le genre et de transfert des connaissances » de l'Institut pour le genre et la santé ainsi que de l'équipe de recherche « Équité de genre dans la santé au travail » soutenu par le Fonds de recherche du Québec-Société et Culture.

## Bibliographie

- ALAMGIR, H., CVITKOVICH, Y. et YU, S., Work-related injury among direct care occupations in British Columbia, *Canada Occup. Environ. Med.*, vol.64, 2007, p.769-775.
- ASSUNÇAO, A.A. et LAVILLE, A., Rôle du collectif dans la répartition des tâches en fonction des caractéristiques individuelles de la population, in PATESSON, R. (éd.), *Intervenir par l'ergonomie : Regards, diagnostics et actions de l'ergonomie contemporaine. Volume 2*, Bruxelles : Société d'ergonomie de langue française-ULB, 1996, p. 23-30.
- Banque de données des statistiques officielles sur le Québec (BDO), *Répartition des dossiers pour lésions professionnelles ouverts et acceptés selon les caractéristiques des bénéficiaires et la catégorie de la lésion professionnelle*, Québec : BDO, 2014.
- BOND, M.A., PUNNETT, L., PYLE, J.L. *et al.*, Gendered work conditions, health, and work outcomes, *J. Occup. Health Psychol.*, vol.9, 2004, p. 28-45.
- CALVET, B., RIEL, J., COUTURE, V. *et al.*, Work organization and gender among hospital cleaners in Québec after the merger of “light” and “heavy” work classifications, *Ergonomics*, vol.55, 2012, p. 160-172.
- CHAPPERT, F., MESSING, K., PELTIER E. *et al.*, Conditions de travail et parcours dans l'entreprise : vers une transformation qui intègre l'ergonomie et le genre ? *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail (REMEST)*, vol.9, n° 2, 2014, [en ligne] : [www.remest.ca/documents/3-Chappert\\_REMEST\\_Vol9No2\\_2014\\_000.pdf](http://www.remest.ca/documents/3-Chappert_REMEST_Vol9No2_2014_000.pdf) (consulté le 8 décembre 2016).
- CHUNG, M.J. et WANG, M.J., Gender and walking speed effects on plantar pressure distribution for adults aged 20-60 years, *Appl. Ergon.*, vol.55, 2012, p. 194-200.
- Commission de la Construction du Québec (CCQ), *Mesures en vigueur*, Québec : CCQ, 2016.
- Confédération des Syndicats Nationaux (CSN), *Ciel, un hippopotame dans mon milieu de travail : guide de sensibilisation aux impacts sur la santé au travail de rapports hommes-femmes difficiles*, 2005, [en ligne] : [www.csn.qc.ca/c/document\\_library/get\\_file?uuid1/4092da53f-ecf7-4aa1-b189-e08e83c6101f&groupId/413943](http://www.csn.qc.ca/c/document_library/get_file?uuid1/4092da53f-ecf7-4aa1-b189-e08e83c6101f&groupId/413943) (consulté le 28 mars 2016).
- FAUSTO-STERLING, A. The bare bones of sex : Part 1 - sex and gender, *Signs*, vol.30, 2005, p. 1491-1527.
- Institut de la Statistique du Québec (ISQ), *Taux de présence syndicale, résultats selon le sexe pour diverses caractéristiques de la main-d'œuvre et de l'emploi*, Québec, Ontario et Canada, Québec : ISQ, 2016, [en ligne] : [www.stat.gouv.qc.ca/docs-hmi/statistiques/travail-remuneration/presence-syndicale/presence\\_syndicale.html](http://www.stat.gouv.qc.ca/docs-hmi/statistiques/travail-remuneration/presence-syndicale/presence_syndicale.html) (consulté le 28 mars 2016).
- JOHANSEN, T.I., SAMANI, A., ANTLE, D.M. *et al.*, Gender effects on the coordination of subdivisions of the trapezius muscle during a repetitive box-folding task, *Eur. J. Appl. Physiol.*, vol.113, 2013, p.175-182.
- KARLQVIST, L., LEIJON, O. et HÄRENSTAM, A., Physical demands in working life and individual physical capacity, *Eur. J. Appl. Physiol.*, vol.89, 2003, p.536-547.
- KRIEGER, N., Stormy weather : race, gene expression, and the science of health disparities, *Am. J. Public Health*, vol.95, 2005, p.2155-2160.
- LABERGE, M. et MESSING, K., Results and reflections on gender-based ergonomic intervention from the Québec working group of the IEA technical committee on gender and work, in *PREMUS 2010 : 7th international conference*

- on prevention of work-related musculoskeletal disorders, Angers, France, 29 August-3 September 2010.
- LOCKE, S.J., COLT, J.S., STEWART, P.A., *et al.*, Identifying gender differences in reported occupational information from three US population-based case-control studies, *Occup Environ Med.*, vol. 71, 2014, p.855-864.
- MERGLER, D., Worker participation in occupational health research : theory and practice, *Int. J. Health Serv.*, vol. 17, 1987, p.151-167.
- MERGLER, D., Neurotoxic exposures and effects: gender and sex matter!, *Neurotoxicology*, vol.33, 2012, p.644-651.
- MESSING, K., CHATIGNY, C. et COURVILLE, J., “Light” and “heavy” work in the house-keeping service of a hospital, *Appl. Ergon.*, vol.29, 1998, p.451-459.
- MESSING, K., DONIOL-SHAW, G., et HAENTJENS, C., Sugar and spice: health effects of the sexual division of labour among train cleaners, *Int. J. Health Serv.*, vol.23, 1993, p.133-146.
- MESSING, K. et ELABIDI, D., Desegregation and occupational health : how male and female hospital attendants collaborate on work tasks requiring physical effort, *Pol. Pract. Health Saf.*, vol. 1, 2003, p.83-103.
- MESSING, K., SEIFERT, A.M. et COUTURE, V., Les femmes dans les métiers non-traditionnels : le général, le particulier et l’ergonomie, *Travailler*, vol.15, 1995, p.131-148.
- MESSING, K., Hospital trash : cleaners speak of their role in disease prevention, *Med. Anthropol. Q.*, vol. 12, 1998a, p.168-187.
- MESSING, K., *One-eyed science : occupational health and working women*. Chapter 9. Philadelphia : Temple University Press, 1998b.
- MESSING, K., *Pain and prejudice : what science can learn about work from the people who do it*. Preface, Toronto : Between the Lines, 2014.
- MOIR, S., THOMSON, M. et KELLEHER, C., *Unfinished business : building equality for women in the construction trades*. Paper 5, Boston : Labor Resource Center Publications, 2011, [en ligne] : [http://scholarworks.umb.edu/lrc\\_pubs/5](http://scholarworks.umb.edu/lrc_pubs/5) (consulté le 27 mars 2016).
- PLAMONDON, A., LARIVIERE, C., DENIS, D. *et al.*, Sex differences in lifting strategies during a repetitive palletizing task, *Appl. Ergon.*, vol. 45, 2014, p.1558-1569.
- RIEL, J., CHATIGNY, C. et MESSING, K., “Il faut toujours en faire plus !” Effet du genre sur la charge cognitive et émotionnelle d’enseignantes de métier à prédominance masculine en formation professionnelle au secondaire, *INITIO : Revue sur l’éducation et la vie au travail*, vol.5, 2015, p.61-95.
- RIEL, J. et MAJOR, M.-E., The challenges of mobilizing workers on gender issues. Lessons from two studies about the occupational health of teachers in Québec, *New Solut.*, vol. 27, n° 3, 2017, p.284-303.
- STEVENSON, J.M., GREENHORN, D.R., BRYANT, J.T. *et al.*, Gender differences in performance of a selection test using the incremental lifting machine, *Appl. Ergon.*, vol.27, 1996, p.45-52.
- TORGEN, M. et KILBOM, A., Physical work load between 1970 and 1993: did it change?, *Scand. J. Work Environ. Health*, vol.26, 2000, p.161-168.
- United States Bureau of Labor Statistics (BLS), *Union members summary. Economic News Release*, Washington, DC : BLS, 2016a, [en ligne] : [www.bls.gov/news.release/union2.nr0.htm](http://www.bls.gov/news.release/union2.nr0.htm) (consulté le 28 mars 2016).
- United States Bureau of Labor Statistics (BLS), *Fatal work injuries and hours worked by gender of worker, 2014*, Washington, DC : BLS, 2016b.

## La santé des femmes en situation de prostitution

*Judith Trinquart*

### Ne pas être en soi, ne pas être en soins

La violence de base de toute forme de prostitution (quelle que soit la façon dont elle se pratique : prostitution de rue, maison close, « *escorting* », ...), à savoir les effractions corporelles cumulées que sont les actes sexuels subis non désirés à répétition, va engendrer un mécanisme de défense psychologique inconscient appelé décorporalisation.

La décorporalisation est un processus de modification physique et psychique, correspondant au développement de troubles sensitifs affectant le schéma corporel et engendrant simultanément un clivage de l'image corporelle dont le résultat final est la perte de l'investissement plein et entier de son propre corps par une personne, avec pour conséquences la perte du soin de son corps et de sa santé. Ce processus est provoqué par la nécessité de s'adapter à un contexte d'effractions corporelles répétées et régulières, ou imposant un vécu d'instrumentalisation extrême du corps de l'individu.

Plus simplement, pour se protéger des rapports sexuels imposés pendant le vécu prostitutionnel, des modifications du schéma corporel et de l'image corporelle de la personne en situation de prostitution vont s'opérer :

- Au niveau du schéma corporel, une hypoesthésie, c'est-à-dire une diminution du ressenti de la sensation corporelle, va apparaître, d'abord au niveau de la sphère génitale, puis va s'étendre à l'ensemble du corps entier, permettant ainsi à la personne de ne plus ressentir ce qu'il se passe durant la situation de prostitution et les actes sexuels qu'elle doit effectuer. Au début du processus, ce phénomène est on-off, c'est-à-dire qu'il s'active au moment des actes, et disparaît quand la personne retourne à la vie « normale » ; plus la situation de prostitution perdure, plus le processus devient permanent et l'hypoesthésie se transforme en véritable anesthésie complète du corps entier, les personnes ne ressentant plus les relations imposées

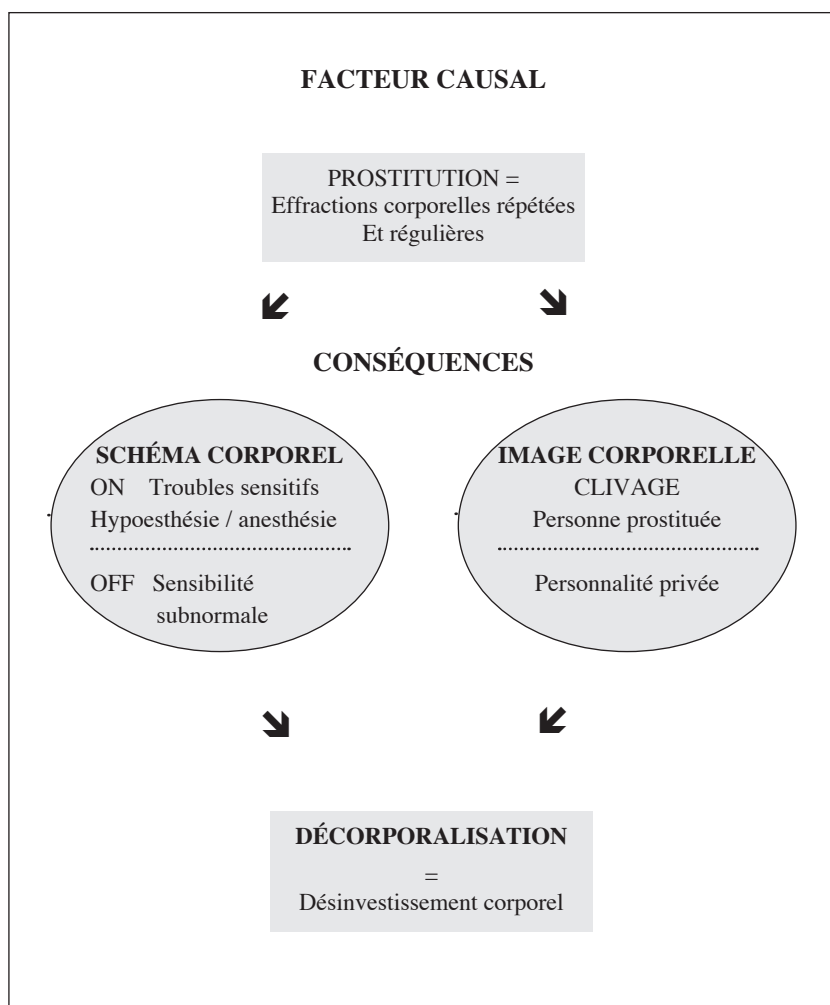
mais aussi tous les phénomènes corporels comme la douleur ou les signaux d'alerte de maladie. Le mécanisme protecteur à la base devient alors délétère et dangereux pour la personne. De nombreux témoignages, que ce soit dans des biographies, ou recueillis par des journalistes tels que Claudine Legardinier dans la revue spécialisée *«Prostitution et Société»*, en font foi : *«Je ne sentais rien, même pas les coups que je recevais du client. Un jour je suis rentrée chez moi et je me suis rendue compte que j'avais des bleus aux membres. Je n'avais pas senti le ou les clients qui m'avaient frappée.»*, *«Je n'émet pas le moindre son. Mon corps n'éprouve rien. Comme si j'étais morte. On pourrait me faire tout ce qu'on veut, pisser sur un mur, avaler de la merde, gonfler mon estomac d'urine et de sperme.»*, *«Ça y est, il est rentré. Empalée. J'ai mal. Et brusquement, comme anesthésiée, je ne ressens plus rien. Je bouge, je gémis, je soupire, comme une machine programmée»*, *«Je n'ai pas de bras et pas de jambes. Il ne me reste que la tête et le tronc. Je ne ressens pas une partie de mon corps, il n'existe pas, je suis obligée à des moments pour m'en rendre compte de le frapper»* (Trinquart, 2002). *«Avec les clients, je faisais la morte. Je n'étais pas là. Je n'étais rien. J'ai subi beaucoup de violences»* (Legardinier, *PetS*, décembre 2013).

- Au niveau de l'image corporelle, il se produit une véritable dissociation entre la personnalité prostituée et la personnalité privée, toujours de manière inconsciente et à visée protectrice. La personnalité prostituée prend un nouveau nom, un nom de «guerre», qui a souvent une signification symbolique particulière pour la femme qui l'utilise (personne proche disparue, personne détestée, personne qu'on méprise ou qu'on ne voudrait pas être, souvent un nom à connotation péjorative), que j'ai appelé nom de «guerre» à cause de cette connotation et de la valeur qu'il a pour ces femmes. Cette personnalité se distingue par toute la posture théâtrale et déguisée qu'elle revêt, et qui l'éloigne d'autant de la femme qui l'endosse : les vêtements, les sous-vêtements, le maquillage, les perruques, les chaussures, le langage, très particulier aussi. Le territoire prostitutionnel est morcelé lui aussi, avec les emplacements qui valent différents prix, les zones différemment tarifées. Le temps est également clivé, en jours-nuits, qui ne sont pas régis de la même manière que notre temps à nous, et le temps des passes, qui peuvent varier d'une pratique à l'autre, d'un proxénète à l'autre, d'un client à l'autre. Tous ces morcellements, ces clivages, participent à la dissociation et aux perturbations de l'identité. Cette personnalité prostituée permet de protéger la personnalité privée, qui est le dernier rempart contre les violences et les actes non désirés. En redevenant la personne privée, la femme peut se détacher de ce qu'elle vit dans la prostitution. Une de leur plus grande peur est de rencontrer un client ou un membre de leur famille pendant le temps de non prostitution et que celui-ci les reconnaisse. De

nombreux témoignages également parlent de cette dissociation au niveau de l'image corporelle : *«Faire ça, c'est être dans l'abandon d'une partie de soi ; c'est une forme de mort. Un jour un homme m'a dit : Tu peux te dissocier»* (Legardinier, *PetS*, décembre 2011), *«On se fait une certaine violence pour réussir à s'oublier. On dédouble sa personnalité pour ne plus être soi. [Comme si] on pouvait désertier son corps sans se désertier soi-même», «C'est dans le studio où se prostitue une copine que je viens chaque soir changer de peau. Et c'est bizarre ce que je ressens à ce moment-là. Il me semble que j'entre dans une autre personne, que je suis dans un autre corps», «Non, ce n'est pas moi qui suis ici... Cette autre personne, je ne la connais pas... Je ne comprends pas qu'elle soit là... Il faudra un jour que je lui demande, mais je ne sais pas si elle pourra me répondre», «J'ai demandé aux clients de me prendre en photo, car je ne connais ni ma voix ni mon regard»* (Trinquart, 2002).

Le processus aboutit à un seuil de tolérance à la douleur extrêmement élevé, bien supérieur à celui de la population générale, qui conduit lui-même à une grande auto-négligence corporelle. Ne ressentant plus la douleur ni les phénomènes associés aux signes de maladie, ces femmes ne vont plus avoir recours au système de soins ni aller se faire prendre en charge par les médecins. On a constaté que d'une manière générale, la population de personnes en situation de prostitution avait un faible recours au système sanitaire ; plusieurs explications ont été avancées : peur de la stigmatisation à cause de la situation de prostitution, carence de couverture sociale, situation d'illégalité sur le territoire, absence d'offre de soins de proximité. Bien sûr, ces raisons peuvent participer à la situation, mais la raison principale est le phénomène de décorporalisation qui impose un vécu d'instrumentalisation du corps aux femmes : celui-ci devient complètement réifié, il devient un objet, un instrument que l'on utilise pour gagner sa vie, et qui n'est plus investi de manière pleine et entière. On ne le soigne plus, on le fait «réparer» quand il devient impossible de continuer à le faire «marcher». Il n'y a plus de continuité esprit-corps.

Le résultat en est un état de santé très inquiétant, avec de multiples pathologies à un stade avancé, qui n'ont pas été diagnostiquées, ni prises en charge ou traitées :



- Problèmes gynécologiques : tumeurs, infections sexuellement transmissibles (IST), infertilité, disparition des cycles,...
- Cancers non diagnostiqués évolués
- Maladies infectieuses évoluées non suivies, non traitées
- Pathologies inflammatoires non traitées
- Pathologies digestives, respiratoires, rhumatismales, cardiaques, ORL, hépatiques,...
- Addictions (alcool, stupéfiants, médicaments) non prises en charge.

Les symptômes de ces pathologies vont évoluer de manière silencieuse pendant les mois, voire les années de prostitution, masqués par la décorporalisation qui permet à l'organisme de supporter sans souffrir la douleur et les signes d'alerte en rapport.

Les travailleurs sociaux et les psychologues des associations qui prennent en charge les femmes souhaitant sortir de la situation de prostitution constatent que c'est au moment de cette sortie, où enfin elles peuvent recommencer à prendre en compte leur corps, à se réinvestir dedans, à le réintégrer, à faire un avec lui, que les symptômes des maladies, qui jusque-là couvaient en silence, se mettent littéralement à exploser, de façon parfois très brutale, très violente et très douloureuse. On diagnostique alors des cancers, parfois métastasés, des maladies auto-immunes graves, des maladies inflammatoires difficiles à prendre en charge, et le corps s'exprime alors comme pour dégorger de toute la violence qu'il a subi pendant toutes ces années. « *Je me rends compte aussi de choses troublantes. Mon dentiste m'a découvert un abcès qui aurait dû avoir causé deux ans de souffrances terribles. Je n'ai jamais rien senti ! Ce n'est qu'après que la douleur s'est réveillée* » (Legardinier, *PetS*, juin 2013), « *J'ai le sentiment d'avoir été détruite. Dedans, on tient. C'est quand on s'arrête que ça craque. J'ai gardé des traces* » (Legardinier, *PetS*, juin 2015).

Ce phénomène de décorporalisation a également été identifié, sous cette même forme, à l'étranger, sous des appellations différentes. Rose Dufour, au Québec, Directrice de La Maison de Marthe, une association de prise en charge de femmes en situation de prostitution, qui a été d'abord infirmière puis sociologue, en a parlé sous le nom de « dissociation psychocorporelle », dans son livre « Je vous salue : Marion, Carmen, Clémentine, Eddy, Jo-Annie, Nancy, Jade, Lili, Virginie, Marie-Pierre : le point zéro de la prostitution », en 2005, décrivant un processus exactement similaire de protection psychique inconscient entraînant les mêmes symptômes. Il en va de même avec les travaux de chercheuses de Suède (Olsson) en 1987 et de Norvège (Hoigard et Finstad) en 1992, qui ont appelé le phénomène, caractérisé de la même manière, « techniques de déconnexion psychologique ».

Nous allons voir que surajoutés à cette décorporalisation et cette carence sanitaire, d'autres problèmes de santé apparaissent, liés à la surviolence entraînée par les situations de prostitution.

## La prostitution, un continuum de violences

La notion de violence est indissociable de celle de santé en matière de prostitution. Il faut savoir que la situation de prostitution est un véritable continuum de violences, physiques, psychologiques et sexuelles, affectant directement la santé des femmes et des fillettes (en France, 85 % des per-



sonnes prostituées sont de sexe féminin) qui la vivent. Ces violences vont être un déterminant majeur en matière de santé.

En matière de violences sexuelles, celles-ci commencent très tôt, puisque 80 à 95 % des personnes prostituées ont été victimes d'inceste, de pédocriminalité ou de viols dans leurs antécédents. De nombreuses études, notamment anglo-américaines, attestent de cette réalité : en 1978, une étude américaine réalisée à San Francisco, montre que 80 % des personnes prostituées enquêtées ont été victimes de violences sexuelles (37 % d'inceste, 33 % de violences sexuelles et 60 % de viol, l'ensemble dépassant 100 %, plusieurs réponses étant possibles). En 1981, aux USA, une étude portant sur 200 personnes prostituées, montrait que 60 % avaient été intensément maltraitées sexuellement à un âge moyen de 10 ans. En 1983, l'étude de Boyer, Chapman et Marshall présente un résultat de 100 % de prostituées sexuellement agressées dans l'enfance. En 1986, Kathleen Barry cite une étude américaine, 60 à 90 % des personnes prostituées enquêtées ont subi des violences sexuelles. En 1987, l'étude Bagley et Young, une étude canadienne, présente un résultat de 73 % d'agressions sexuelles. En 1988, Marie-Geneviève Zarouckian (Service de Prévention et de Réinsertion Sociale de Cannes), a retrouvé un taux de 40 % chez les personnes prostituées suivies ayant été victimes d'inceste. En 1994, le Dr Vidal-Nacquet retrouve un taux de 80 à 85 % de violences sexuelles dans l'enfance des personnes prostituées. En 1994, l'enquête Giobbe, montre 74 % d'agressions sexuelles entre l'âge de trois et quatorze ans. Lors du Séminaire de Madrid, en octobre 2001, des associations européennes (Italie, Espagne, Belgique) de réhabilitation retrouvent des antécédents de violences sexuelles subies approchant les 95 % parmi les personnes prostituées fréquentant leurs structures. En 2005, l'étude de Melissa Farley montre 82 % d'agressions sexuelles dans l'enfance, en moyenne par quatre personnes différentes. Enfin, le rapport de l'eurodéputée Maria Carlmsahre en 2006 présente un taux de 60 % à 90 % de personnes prostituées présentant des antécédents de violences sexuelles. Une enquête réalisée par le Collectif Féministe Contre le Viol, réalisée sur les appels reçus entre 1998 et 2007 (article dans *Prostitution et Société* en janvier 2010), portait sur le témoignage de 187 femmes en situation de prostitution. 100 % disaient avoir été sexuellement agressées avant l'entrée en situation de prostitution, par 402 agresseurs (donc une moyenne d'un peu plus de deux agresseurs par victime), la plupart des membres de leur famille. Les proxénètes étaient pour deux-tiers un membre de la famille, pour un tiers un mari ou un compagnon.

Ces violences sexuelles perdurent lors de la situation de prostitution, puisque les femmes prostituées présentent un taux de 60 à 65 % de victimes de violences sexuelles en situation. Différentes enquêtes, là encore à majorité anglo-saxonne, ont été réalisées sur ce sujet : en 1988, étude de Silbert :

73 % ont été victimes de viols. En 1993, l'enquête de Hunter montre que les femmes interrogées sont violées « presque une fois par semaine ». En 1994, l'étude de Parriott, montre que 85 % des femmes enquêtées ont été violées. L'enquête de Suzan Kay Hunter, réalisée sur 55 rescapées de la prostitution, retrouve que 78 % ont été violées, en moyenne 49 fois/an, par des proxénètes ou des clients, et que 53 % ont été victimes d'abus sexuels ou de tortures. L'enquête de Melissa Farley, en 1996, retrouve que 62 % ont été violées depuis l'entrée en prostitution. En 1998, 68 % ont été violées durant leur exercice. En 2003, une étude réalisée dans 9 pays, mentionne plusieurs autres enquêtes : à San Francisco, 70 % de femmes prostituées ont été violées ; à Minneapolis, le taux est de 85 % de femmes violées ; l'étude Miller, en 1995, retrouve 94 % d'agressions sexuelles et un taux de 75 % de femmes en situation de prostitution violées par un ou plusieurs clients ; l'étude Vanwesenbeeck, en 1995 et 1994, réalisée aux Pays-Bas, retrouve un taux de 40 % de violences sexuelles. En 2005, la recherche Farley, Lynn et Cotton retrouve un taux de 78 % de femmes prostituées qui ont été violées en situation de prostitution.

Le mythe qui voudrait que la prostitution évite le viol et qui a la vie dure se trouve ici démonté.

Un rapport particulier entre l'inceste et la prostitution a été fait, le psychiatre Jorge Barudy a dit : « *La prostitution est à la société ce que l'inceste est à la famille* ». Ce parallèle s'établit sur trois facteurs principaux : le silence, le statut de sacrifice et de bouc émissaire, et l'argent. Concernant le silence, la victime d'inceste doit garder le silence sur les violences qu'elle subit de son agresseur pour que la dynamique familiale continue à fonctionner ; la prostituée, elle, garde le silence sur les confidences du client et les secrets du proxénète pour que la dynamique sociale continue à fonctionner. Le petit enfant victime d'inceste est le sacrifice qui permet la perpétuation de l'économie familiale ; bien souvent, l'entourage est au courant, de manière consciente ou non, mais le fait de laisser faire permet à la famille de rester intacte. Le sacrifice de la prostituée permet à l'économie sociale de fonctionner, « *il y a moins de viols* », « *les pulsions sexuelles des hommes sont satisfaites* », « *il en faut bien* », « *c'est un mal nécessaire* ». Lorsque les choses tournent mal, l'un comme l'autre endossent le statut de bouc-émissaire : le petit enfant devient celui par lequel la famille explose, l'auteur (souvent un membre de la famille) va en prison, la mère reste désespérée, les frères et sœurs sont séparés, au lieu de le féliciter d'avoir parlé des violences qu'il subissait, on lui reproche d'avoir détruit sa famille. Les femmes prostituées ont, au cours des siècles, de nombreuses fois été les boucs émissaires de la société : porteuses de maladies vénériennes, coupables si un problème de société se présentait, porteuses d'un triangle jaune au Moyen Âge, elles ont été brûlées, pendues, et à notre époque

dans certains pays, elles sont passées par les armes ou désignées à la vindicte populaire sur Internet. Enfin, l'argent : les petits cadeaux que reçoit l'enfant victime d'inceste en « récompense » peuvent se transformer en argent, argent que reçoit la prostituée en « dédommagement » de ses services. Nous l'avons vu, de très nombreuses femmes en situation de prostitution ont auparavant été victimes d'inceste et de violences sexuelles ; il s'agit là d'un véritable « recyclage » social, de victimes de violences qui n'ont été ni entendues ni prises en charge, et que l'on continue à enfermer dans un cycle de violences sans fin. Les proxénètes le savent bien, qui utilisent ces violences sexuelles pour « dresser » des femmes dans des maisons par des jours et des jours de viols collectifs avant de les mettre à la prostitution sur les trottoirs des grandes capitales.

Les violences physiques et psychologiques sont également extrêmes puisque les différentes études réalisées montrent un taux moyen de 80 à 85 % de femmes en situation de prostitution victimes de ces violences (études australiennes, américaines, anglaises). Les personnes prostituées ont 60 à 120 fois plus de risques d'être agressées ou assassinées que la population générale (Rapport Carlmshare).

Les violences physiques comportent tous types comme les coups à mains nues, avec objets, avec armes (blanches, balistiques) ; les violences psychologiques comprennent les menaces, les insultes, le harcèlement, la contrainte ; elles proviennent aussi bien des proxénètes que des clients, et malheureusement des représentants de la Loi. Inévitablement, en matière de santé, il faut prendre en compte les conséquences indirectes de ces violences : anxiété, stress, dépression, tentative de suicide (selon l'étude ProstCost du Mouvement du Nid, elles sont 7 fois plus exposées au risque de suicide que la population générale), suicide (taux de suicide 12 fois plus élevé que celui de la population générale selon l'étude ProstCost), alcoolisme, toxicomanie (médicaments : consommation de 4,5 fois plus d'anxiolytiques et d'antidépresseurs que la population générale selon l'étude ProstCost, stupéfiants). En matière de toxicomanie en prostitution, il est à noter que la majorité des personnes toxicomanes prostituées s'intoxiquent pour supporter la situation, et une minorité se prostitue pour subvenir à leur toxicomanie.

Il découle de l'ensemble de ces données que, contrairement à beaucoup d'idées reçues sur la prostitution, le premier facteur de mortalité et de morbidité chez les femmes en situation de prostitution n'est pas le VIH ou les IST, mais bien la violence, directe et indirecte, sous toutes ses formes ; un article américain, sur une longue cohorte de femmes prostituées l'a d'ailleurs démontré (Potterat, 2004).

Une autre conséquence de l'ensemble de ces violences et qui entraîne des problématiques majeures au niveau psychologique, est la constitution d'un État de Stress Post Traumatique ou Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Une étude de Melissa Farley en 1996, réalisée dans 5 pays différents (USA, Afrique du Sud, Turquie, Allemagne, Thaïlande), a montré que 67 % des personnes prostituées présentaient un PTSD, conséquence d'une exposition à des violences très graves. La constitutive principale du PTSD est la mémoire traumatique. Tous les autres symptômes découlent de celle-ci. Des violences extrêmes entraînent une réponse émotionnelle incontrôlable générant un risque vital cardiologique et neurologique par « survolage ». Le circuit neuronal « disjoncte » par sécrétion de drogues dures par le cerveau (endorphines et drogues « kétamine-like »). Cette déconnexion entraîne une anesthésie psychique et physique, un état dissociatif, des troubles de la mémoire et surtout une mémoire traumatique émotionnelle des violences non intégrées. Cela entraîne soit des conduites d'évitement, soit des conduites dissociantes par redisjonction du circuit émotionnel en s'exposant de nouveau à des situations de violence de façon inconsciente. Cela entraîne un cercle vicieux de personnes s'exposant perpétuellement à de la violence, violence qui va recharger la mémoire traumatique qui va générer elle-même une nouvelle exposition à la violence (pour une explication plus détaillée et complète de la mémoire traumatique et du PTSD, voir le site [memoiretraumatique.org](http://memoiretraumatique.org)).

Les personnes prostituées qui, pour une grande majorité, ont vécu des situations de violences sexuelles antérieurement et ont donc développé une mémoire traumatique s'exposent de nouveau de façon inconsciente en situation de prostitution à la répétition de violences sexuelles, qui vont recharger cette mémoire traumatique, générant un cercle sans fin.

Enfin, l'espérance de vie moyenne d'une femme prostituée est de 40 ans (comparée à celle à la moyenne générale pour une femme qui est de 85 ans), en raison de tous ces facteurs associés. L'âge moyen d'entrée est de 14 ans, souvent en rapport avec les violences sexuelles précoces et les situations d'inceste, et les situations de prostitution non reconnues comme telles (échange de rapports sexuels contre des objets).

L'étude ProstCost, réalisée par le Mouvement du Nid et publiée en mai 2015, estime (en France) à 86 millions d'euros les coûts médicaux directs engendrés par les problèmes de santé des femmes en situation de prostitution, dont 22,8 millions en médicaments, 28,1 millions en consultations, 12,9 millions en hospitalisations, 8,5 millions en consommation de tabac, 5,4 millions en consommation de substances illicites, 4,7 millions en contact avec les services d'urgences, 3,4 millions en consommation d'alcool, et 359 602 euros pour les IVG.

L'étude a également estimé le coût humain pour les personnes prostituées qui s'élève à 311 millions d'euros répartis en 132 millions d'euros pour la surmortalité liée à la prostitution, 89 millions pour les autres violences physiques subies, 71 millions pour les autres violences psychologiques, et 19 millions pour les viols et tentatives de viols (Etude ProstCost disponible sur le site internet du Mouvement du Nid).

Pour terminer sur ce continuum de violences, qui commencent avant l'entrée en situation de prostitution, qui perdurent pendant toute la situation, nous soulignons qu'elles ne cessent souvent pas avec l'arrêt de la situation ; nous avons vu qu'à la cessation, beaucoup de femmes développent des maladies graves en rapport avec le phénomène de décorporalisation. S'y surajoutent tous les problèmes psychologiques consécutifs au PTSD et à la mémoire traumatique, et souvent elles doivent faire face à des angoisses majeures et chroniques, des dépressions graves et persistantes, des risques suicidaires. Il est très difficile de s'extraire de la prostitution et de retrouver une vie « normale » sans être marquée psychologiquement définitivement.

### **La prise en charge**

La prise en charge doit être multidisciplinaire, non interrompue et spécialisée. Elle doit être réalisée par des professionnel·le·s qui ont été formé·e·s aux spécificités de la situation prostitutionnelle. Elle doit être non interrompue entre les différents intervenant·e·s car les femmes en situation de prostitution ont déjà vécu tant de cassures et de morcellements qu'il est difficile pour elles de se retrouver ballotées entre un trop grand nombre de professionnel·le·s. La prise en charge complète ne peut se faire qu'après la cessation complète de la situation de prostitution, mais celle-ci peut se faire par paliers progressifs, c'est d'ailleurs ce qui se passe dans la plupart des cas.

La restauration de la parole est primordiale, elle permet de mettre des mots sur les maux et les violences vécues. Elle permet aussi d'accéder à la déviction, c'est-à-dire de sortir du statut de victime ; ce qui est important pour de nombreuses femmes prostituées, chez lesquelles il n'y a même pas conscience de ce statut qu'il va falloir travailler. En effet, victimes de graves violences de toutes sortes depuis de nombreuses années, souvent depuis l'enfance, même pour celles qui sont issues de la traite, elles sont souvent persuadées par le système, les proxénètes et les clients qu'elles sont responsables de leur situation, que ce qu'il leur arrive n'est que de leur faute. La société les considère souvent comme des délinquantes, elles sont pénalisées en tant que prostituées, verbalisées pour divers délits, souvent en situation d'illégalité sur le territoire où on les a trafiquées ; elles ont l'habitude d'être considérées comme des coupables, souvent stigma-

tisées par la population, sans recours devant la justice. On leur donne les pires noms, la façon dont on les appelle devient une insulte. Beaucoup ne se sentent plus victimes mais coupables. Le fait d'être reconnues comme victimes d'un système qui les brutalise et les violence est une étape primordiale, comme l'est ensuite le fait de les aider à sortir de ce statut de victime.

Ce travail se fait par un réseau de médecins, psychologues, juristes, avocat·e·s, éducateurs sociaux et assistantes sociales, psychiatres,...

Il apparaît aussi fondamental qu'il y ait une reconnaissance du client en tant qu'auteur de violences : comme en Suède ou en Norvège, Islande, Irlande, Canada, Israël et maintenant en France avec la loi du 13 avril 2016 où le client est pénalisé légalement (en fonction du pays : amende, peine de prison, numéro d'écoute, proposition de soutien psychologique, prévention). Si l'on explique aux femmes en situation de prostitution qu'elles sont victimes d'un système de violences, il est logique de pénaliser l'auteur de ces violences, comme pour le viol ou les violences conjugales. Il est important de souligner que la loi française ne se contente pas de pénaliser, mais qu'elle s'accompagne de volets préventifs, éducatifs et de réinsertion.

Concernant les pathologies somatiques, elles seront prises en charge via le système de santé classique, en tenant compte de la situation particulière à l'origine.

Pour la décorporalisation, il s'agit de retrouver son intégrité corporelle et l'unité entre le corps et l'esprit ; différentes méthodes peuvent être proposées qui font appel à des thérapies à médiations corporelles, permettant de se restaurer dans son corps :

- Relaxation, massages
- Danse-thérapie
- Jeu dramatique
- Improvisation dramatique
- Techniques à médiation physique et sportive : activités sportives en groupe
- Art-thérapie

L'art-thérapie est intéressante surtout pour les personnes qui ont été tellement violentées qu'elles n'arrivent plus à exprimer par la parole les traumatismes subis ; le travail sur la matière peut leur permettre d'exprimer leur émotion et leur ressenti et commencer à véhiculer un premier passage avant la parole libératrice.

Concernant tout ce qui touche au PTSD et la mémoire traumatique, les thérapies cognitivo-comportementales sont indiquées, avec un·e thérapeute

formé·e au psychotraumatisme. Des thérapies adjuvantes médicamenteuses pour les troubles somatoformes ou les troubles co-morbides pourront être prescrites.

En conclusion, la population de femmes en situation de prostitution représente une de celles qui sont le plus violentées et le plus maltraitées à travers le monde, à l'heure actuelle et à travers le temps. Les conséquences au niveau sanitaire et au niveau psychologique sont désastreuses et perdurent sur un très long terme, la prostitution étant un continuum de violences. Toutefois, si une bonne prise en charge psychologique et somatique, ainsi qu'un suivi social sont assurés, au décours d'une sortie de la situation de prostitution, alors une restauration et une ré-intégrité psycho-corporelles sont possibles, permettant à la personne de se rétablir quasi-complètement dans son image et son schéma corporels.

## Bibliographie

- CHOI, H., KLEIN, C., SHIN, M.-S. et LEE, H.-J., Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Symptoms following prostitution and childhood abuse, *Violence Against Women*, vol. 15, n° 8, 2009 p.933-951.
- COOPER, B.-S., KENNEDY, M.-A. et YUILLE, J.-C., Dissociation and sexual trauma in prostitutes. Variability of responses, *Journal of Trauma and Dissociation*, vol. 2, n° 2, 2001, p. 27-36.
- DUFOUR, R., *Je vous salue : Marion, Carmen, Clémentine, Eddy, Jo-Annie, Nancy, Jade, Lili, Virginie, Marie-Pierre : le point zéro de la prostitution*, Québec : Editions Multimondes, 2005.
- FARLEY, M., Prostitution and the invisibility of harm, *Women and Therapy*, vol. 26, n° 3-4, 2003, p. 247-280.
- FARLEY, M., Prostitution harms women even if indoors. Reply to Weitzer, *Violence Against Women*, vol. 11, n° 7, 2005, p. 950-964.
- FARLEY, M., BARAL, I., KIREMIRE, M. et SEZGIN, U., Prostitution in five countries. Violence and Post Traumatic Stress Disorder, *Feminism and Psychology*, vol. 8, n° 4, 1998, p. 405-426.
- FARLEY, M. et BARKAN, H. Prostitution, violence, and Post Traumatic Stress Disorder, *Women and Health*, vol. 27, n° 3, 1999, p. 37-49.
- HOIGARD, C. et FINSTAD, L., *Backstreets: Prostitution, money and love*, University Park : Pennsylvania State University Press, 1992.
- LEGARDINIER, C., La parole aux personnes prostituées, *Prostitution et Société*, n° 150, 2006.
- MACKINNON, C.-A., *Traite, prostitution, inégalité*, Canada : M Editeur, 2014.
- MOUVEMENT DU NID, *Étude ProstCost : Estimation du coût économique et social de la prostitution en France*, France : Editions Mouvement du Nid, mai 2015.
- OLSSON, H., Det svara sokandet efter kunskap eller Vem ar jag och vem ar den andra?, *Social Arbete*, n° 7, 1987 in EKMAN, K.-E., *L'être et la marchandise : prostitution, maternité de substitution et dissociation de soi*, Canada : M Editeur, 2013.

- POTTERAT, J.J. et al., Mortality in a Long-term Open Cohort of Prostitute Women, *American Journal of Epidemiology*, vol. 159(8), 2004, p. 778-785.
- ROSS, C.-A., FARLEY, M. et SCHWARTZ, H.-L., Dissociation among women in prostitution, *Journal of Trauma Practice*, vol. 2, n° 3-4, 2003, p. 199-212.
- TRINQUART, J., *La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle : un obstacle majeur à l'accès aux soins*, thèse de médecine, Faculté de médecine de Bobigny-Paris XIII, 2002.
- TRINQUART, J., *Généralités sur la prise en charge médico-judiciaire de victimes de violences sexuelles dans un contexte de prostitution à partir de deux cas*, mémoire de Capacité de Pratiques Médico-Judiciaires, Faculté de Médecine René Descartes-Paris V, 2010.
- TRINQUART, J., *La personne prostituée comme victime sacrificielle préférentielle au sein de la société*, mémoire de Diplôme Universitaire de Victimologie, Faculté de Médecine René Descartes-Paris V, 2014-2015.
- TRINQUART, J., *Prostitution et traite à des fins d'exploitation sexuelle : vers un fonds de garantie spécifique des victimes*, mémoire de Diplôme Universitaire de Réparation Juridique du Dommage Corporel, Faculté de Médecine René Descartes-Paris V, 2016.
- TRINQUART, J., Prise en charge à l'unité médico-judiciaire des femmes victimes de violences conjugales, in COUTANCEAU, R. et SALMONA, M., *Violences conjugales et famille*, Paris : Editions Dunod, 2016.
- RÖSSLER, W., KOCH, U., LAUBER, C., HASS, A.-K., ALTWEGG, M., AIDACIC-GROSS, V. et LANDOLT, K., The mental health of female sex workers, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 122, n° 2, 2010, p. 143-152.
- VANWESENBEECK, I., *Prostitutes' Well Being and Risk*, Amsterdam : VU University Press, 1994.



## **Soignant·e·s/soigné·e·s : une relation neutre ? La/le généraliste et la souffrance familiale : l'enjeu relationnel**

***Nadine Kacenelenbogen***

### **La rencontre**

*Vous avez dit « neutralité relationnelle » ?*

En mathématique, un élément neutre est celui qui, dans le cadre de certaines opérations, laisse inchangés tous les éléments avec lesquels il est combiné ; les chiffres « 0 » et « 1 » sont des éléments neutres respectivement dans des opérations d'addition et de multiplication. Mais en dehors de systèmes abstraits purs, rien n'est jamais neutre et certainement pas au niveau relationnel entre deux individus isolés, comme au sein d'une foule d'êtres vivants qu'ils soient humains ou non. Si l'on entend par « neutralité dans une relation » le fait de tenter de ne pas prendre parti, d'aspirer à l'objectivité, de s'efforcer à faire la part des choses, cela traduit déjà une motivation spécifique de la personne concernée ou du système dans lequel elle joue un rôle, déterminant inévitablement le contenu et la forme de la relation à l'autre. La neutralité relationnelle peut signifier aussi le détachement, voire la passivité et, dans certaines circonstances, ce désintérêt peut ressembler à de la connivence ou de la complicité. La peur, l'embarras, la honte, l'incompréhension, comme la volonté de médiation sont autant d'exemples d'émotions ou d'états d'esprit qui peuvent s'exprimer par ce que l'on nomme *neutralité relationnelle* qui en réalité est inatteignable, y compris en thérapie comme en médecine. En cela, nous pouvons y voir une analogie avec la communication interpersonnelle : il nous est impossible de ne pas communiquer. Vouloir esquiver la communication verbale ou non est déjà signifiant et ne pas percevoir la volonté d'autrui à communiquer avec vous dit déjà quelque chose. Or, le fait de communiquer est intimement lié à la relation de façon symétrique et réciproque ; en médecine

comme ailleurs, du « comment » communiquent les personnes entre elles dépendra la qualité relationnelle et inversement.

*La relation médecin/patient-e : quelques influences parmi d'autres*

La relation entre soignant-e et soigné-e n'est qu'un des innombrables cas particuliers de la relation humaine dont la forme découle d'au moins deux éléments : du contexte concret et symbolique dans lequel les contacts se déroulent, mais aussi de tout ce qu'emportent avec elles, consciemment ou non, les personnes concernées par la ou les rencontres. Le contexte dans lequel se situe le lien entre la/le patient-e et sa/son médecin communique déjà en soi quelque chose et est d'abord d'ordre sociétal : même si l'environnement géographique, religieux, culturel ou socioéconomique sont autant d'éléments confondants, la société exprime globalement que la médecine est efficace, altruiste, désintéressée et qu'elle obtient des résultats. Ce message est lourd, il imprime les consciences et peut être la source de conflits internes dans l'esprit du/de la soignant-e comme du/de la soigné-e ; conflits internes qui feront partie intégrante de la relation. Ainsi, pourquoi la/le médecin a-t-il choisi cette profession ? Oui, sans doute pour réaliser ce qu'on attend d'elle/lui ; par attrait pour la science, la volonté de vouloir aider et être utile à autrui, mais peut-être aussi pour « être reconnu-e socialement », par appât du gain ou tout simplement pour faire plaisir à ses parents. Et que ressent la/le patient-e pour la/le soignant-e qu'elle ou il vient consulter ? Il est possible qu'à l'image de la société, elle/il ait confiance en la médecine, mais peut-être pas, en raison des ses expériences passées et décevantes, ou par principe d'esprit critique ou de rébellion. Le souhait du/de la patient-e est majoritairement celui d'être soulagé-e, guéri-e, soutenu-e, mais parfois il ou elle consulte pour instrumentaliser la/le médecin en cherchant à détourner de leurs finalités premières certains documents officiels comme des prescriptions, des constats, des rapports ou certificats. Tout ce qui précède, avant même le premier mot prononcé, va naturellement déterminer le devenir de la relation. Mais le lieu de contact est aussi « parlant » : la relation entre un-e médecin et un-e patient-e ne peut se comparer lorsqu'elle se situe en milieu hospitalier (en consultation ou au cours d'une hospitalisation), en cabinet de consultation ambulatoire, ou encore à domicile. Par ailleurs, de la manière dont sont conçus le cabinet de consultation du/de la généraliste et sa salle d'attente dépendra aussi la direction et la qualité relationnelle entre lui/elle et sa/son patient-e. Si sa salle d'attente est accueillante, suffisamment éclairée et confortable (ce qui n'a rien à voir avec le luxe), la/le patient-e se sentira déjà « attendu-e » et respecté-e. Si dans cette salle d'attente, les toilettes et le cabinet médical, des affiches et brochures n'informent pas seulement sur la vaccination, l'arrêt du tabac ou de l'alcool, mais aussi sur le caractère inacceptable de l'homophobie et de la violence

intrafamiliale entre autres, le ton relationnel est donné car cela signifie sans devoir parler : *« toute personne est bienvenue et ici on peut discuter de tout et par exemple de la violence dont vous êtes victime chez vous et qui est inadmissible »*.

#### *Soignant·e et soigné·e : de l'inégalité vers le partenariat*

Les modèles *classiques* pour décrire la rencontre entre un·e médecin et la/le patient·e décrivent une relation asymétrique et inégalitaire. La/le médecin y est l'élément dominant car elle/il est compétent·e, riche de savoir et elle/il attend d'être écouté·e et obéi·e par sa/son patient·e. Celle/celui-ci au contraire est potentiellement diminué·e par la maladie, la peur ou le mal-être et elle/il attend passivement un traitement et un soulagement. Freud a décodé cette relation en nous démontrant les mécanismes de transfert/contretransfert. Balint insiste dans cette voie et va plus loin puisqu'il confirme que la dominance du médecin est thérapeutique par elle-même. Qu'on ne s'y méprenne pas, ces modèles ne font pas partie du passé et non seulement ils décrivent effectivement une partie de la réalité, mais de plus, ils imprègnent toujours nos esprits. Le modèle du partenariat entre la/le médecin et sa/son patient·e s'est formalisé en Belgique au travers de la loi du 22 août 2002 ; si dans certaines situations (par exemple d'urgence), la/le soignant·e décide et dirige encore sa/son patient·e, elle/il se doit d'être le plus souvent possible un·e guide qui accompagne, informe et conseille sa/son patient·e, celle/celui-ci devenant autonome, actif/active et capable de choisir son parcours médical. Ce modèle décrit un rôle plus subtil du médecin (du soignant), toujours responsable de ses actes, mais plus à l'écoute de la/du patient·e comme nous l'enseigne Carl Rogers. Surtout, l'issue de la maladie, du problème de santé au sens large, ne dépend plus uniquement de la/du médecin, mais aussi de la/du patient·e encouragé·e à se prendre en charge.

### **La/le patient·e et sa/son médecin de famille**

#### *La/le généraliste, cet·te inconnu·e*

Même dans un pays comme la Belgique où l'échelonnement des soins de santé n'est pour le moment pas la règle, 90 % de la population reconnaît avoir un·e médecin de famille attiré·e, consulté·e au moins une fois annuellement (en moyenne 3 à 4 fois) par 8 personnes sur 10 ; plus on est âgé et/ou pauvre et plus on est en contact avec sa/son généraliste qui est apte à régler 9 problèmes de santé sur 10. Cependant, peu de gens connaissent le rôle complexe et multiforme de ce métier qui retrouve progressivement ses lettres de noblesse d'antan. La médecine générale est

une spécialité médicale à part entière dont les caractéristiques sont détaillées en de nombreuses langues par la *World Family Doctors – Caring for people* (WONCA), le siège d'une large réflexion locorégionale et internationale. Des enseignant·e·s et chercheur·e·s généralistes s'intègrent désormais dans le cursus universitaire dès les années de bachelier en médecine, sont la source de nombreuses publications, donnant suite à des travaux spécifiques aux designs adaptés. S'il est illusoire de résumer en quelques phrases ce qu'implique la médecine de famille, tentons néanmoins d'en brosser quelques traits. La/le généraliste est l'interniste et la/le psychiatre de première ligne qui, pour chaque patient·e, gère des plaintes et pathologies multiples et qui au niveau collectif répond à la majorité des problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. C'est une médecine centrée sur la/le patient·e (et pas sur un organe ou un système physiologique), en partant de ses besoins et demandes et de son environnement. C'est la/le clinicien·ne le plus apte à coordonner les soins en travaillant en réseau réellement multidisciplinaire et son mode de consultation spécifique construit un accompagnement au long cours dans le cadre d'une relation avec sa/son patient·e basée sur une communication appropriée. La/le médecin de famille se doit aussi de protéger sa/son patient de l'usage inappropriée de la médecine spécialisée plus onéreuse certes, mais surtout générant des risques à éviter lorsqu'ils sont inutiles. La démarche clinique en première ligne est très particulière, avec un abord transversal et global des connaissances, et une étude spécifique des signes et symptômes ; les patient·e·s consultent tôt suite à l'apparition du problème de santé, avec des symptômes vagues compliquant le diagnostic d'autant que l'on utilisera les examens complémentaires volontairement de manière calculée. Ainsi, une femme de 30 ans consulte sa/son généraliste car elle souffre de *fatigue*, dont l'origine peut être unique ou multiple. Une anémie ? Une pathologie inflammatoire voire cancéreuse ? Mais peut-être que son métier est épuisant et qu'en rentrant chez elle plusieurs enfants l'attendent ? Peut-être aussi que cet épuisement traduit un mal-être psychique, dont les raisons possibles sont nombreuses : harcèlement au travail, un parent malade, un enfant en souffrance, des soucis financiers ou un proche maltraitant ? Ou encore tout cela à la fois ? Si la/le généraliste travaille avec un plateau technique réduit, heureusement elle/il peut compter sur d'autres atouts : le suivi dans la durée de sa/son patient·e, la connaissance de son domicile, de son style de vie, de toute son histoire médicale. Mais aussi la/le généraliste est en contact avec son entourage : sa/son partenaire, sa fratrie, ses parents, certains de ses amis... la/le consultent aussi et qui, au travers des multiples anamnèses, lui révèlent parfois des informations que la/le patient·e voudrait taire, ou auxquelles elle/lui-même n'a pas accès. Enfin, la médecine générale a une responsabilité spécifique

de santé publique dans la communauté en officiant en termes de promotion de la santé et de prévention.

*La/le médecin généraliste et sa/son patient-e en mal-être*

Globalement, en Belgique comme partout, 25 à 30 % de la population est en « mal-être ». Ce terme, s'il englobe la notion de *psychopathologie*, intègre aussi des situations de vie qui empêchent les personnes de vivre comme elles le souhaiteraient et de ressentir la sensation de « bien-être ». Ce mal-être, s'il n'est pas *encore* le témoin d'une maladie, n'en est pas moins pourvoyeur de symptômes *psychosomatiques* (somatoformes) ou de tristesse, qui poussent les personnes à consulter et en premier lieu, la/le médecin de famille. Très souvent, la/le médecin peut reconnaître ces vécus difficiles, même si ce n'est pas le premier motif de consultation (c'est d'ailleurs souvent le cas) et elle/il invitera sa/son patient-e à exprimer ce qui pourrait être en cause : problème de travail, amoureux, familial, matériel... Ce faisant, on évite dans une certaine proportion des cas la nécessité d'une médicalisation. Jusqu'il y a peu, les généralistes n'imaginaient jamais que derrière un mal-être pouvait se cacher de la maltraitance intra-familiale, surtout d'un-e adulte envers un-e autre. Généralement la/le médecin prenait conscience du fait lorsque la/le patiente le disait elle/lui-même afin d'établir un constat de lésions dans le cadre d'une plainte et/ou pour soigner ses blessures. Or, des études européennes ont démontré que les femmes subissant de la violence consultaient sept fois plus leur généralistes que les autres et que dans les salles d'attente, jusqu'à un quart des patientes étaient victimes de violence de la part de leur partenaire. Dans le même temps, la/le médecin de famille n'en faisait le diagnostic que dans 12 % des cas. Non sensibilisé-e par rapport à cette problématique, la/le généraliste fonctionne comme un-e « spécialiste », ce qui signifie qu'elle/il ne perçoit que les situations de violences extrêmes, notamment physiques lorsque les victimes sont obligées de demander de l'aide et pour lesquelles même les intervenant-e-s spécialisés éprouvent de grandes difficultés pour sortir définitivement les personnes de ces situations. Dans le cadre du *Plan d'action national*, peu à peu les choses changent (changeront) : des outils de diagnostic précoce de la violence conjugale, de même que des démarches d'accompagnement optimisées sont proposés aux médecins de première ligne dans le cadre des formations continues et enseignées au cours de masters complémentaires.

## La/le généraliste face à la violence intrafamiliale

### *Détecter la/le patient·e victime*

Toute personne est susceptible d'être victime d'un proche ; les femmes le plus souvent, mais les hommes aussi, des personnes instruites ou non, pauvres ou nanties, jeunes ou âgées. Cependant la/le généraliste devra être alerté·e par certains facteurs de risque : le jeune âge des partenaires, le vécu de violence au cours de l'enfance, des soucis financiers, un projet de séparation en sont quelques exemples comme la grossesse ou la présence dans la famille de personnes handicapées ou d'enfants en bas âge. Certaines plaintes et symptômes devront aussi attirer l'attention : outre les lésions traumatiques (plus rares en cas de détection précoce ou invisibles en cas de grossesse), il y a notamment les troubles gynécologiques/obstétriques tels les troubles sexuels, les infections sexuellement transmissibles, les grossesses non désirées ou les fausses couches à répétition. D'autres indices pourront être relevés chez la/le patient·e victime, ainsi en dehors des périodes de violence aigue, la/le patient·e victime se présentera au généraliste comme tant d'autres patient·e·s mal dans leur peau, somatisant, addictes voire déprimé·e·s. Cependant, différents signes feront suspecter plus spécifiquement la violence conjugale : des motifs de consultations particulièrement vagues, multiples et surtout contradictoires, des consultations très fréquentes, des rendez-vous manqués, des retards par rapport aux horaires prévus et des délais importants entre le début du problème de santé et la venue en consultation. On relèvera parfois la présence constante du conjoint en consultation, auprès duquel la patiente cherche constamment l'approbation, une prise de parole difficile, des expressions reflétant un sentiment d'insécurité. L'auteur de violences sera, en général, connu du généraliste, non seulement comme patient mais aussi comme celui qui accompagnera fréquemment la personne victime dans une volonté de la contrôler, en répondant à sa place aux questions posées par le médecin, en minimisant ses plaintes, en la critiquant, en suggérant même sa conduite ou celle du généraliste. Lorsque la/le patient·e victime vient seul·e en consultation, il ne sera pas rare que l'auteur téléphone constamment révélant ainsi cette volonté de toujours surveiller sa/son partenaire. L'enfant sera parfois le premier indice visible de violences conjugales : devant tout jeune présentant des plaintes psychosomatiques, des troubles psychologiques, comportementaux, des difficultés de développement ou des problèmes dans son cursus scolaire, le/la médecin de famille devra dans ses diagnostics différentiels intégrer la possibilité d'un « enfant symptôme » de violences conjugales. L'identification de facteurs de risque ou de symptômes et autres signes repérés chez la/le patient elle/lui-même ou dans son entourage créera un faisceau de présomption des violences conjugales que

le médecin devra confirmer ou exclure par une approche progressive allant de questions ouvertes très générales sur la vie à la maison jusqu'à nommer des actes concrets de violences :

- En interrogeant d'abord sur les plaintes initiales exprimées par des questions ouvertes: *« Pourquoi dormez-vous mal d'après vous ? Qu'est-ce qui vous fatigue, vous rend triste... ? Vos symptômes sont souvent liés au stress, qu'en pensez-vous ?... »*
- Ensuite, on s'enquière sur la relation du couple par des questions ouvertes et indirectes: *« Comment cela se passe-t-il en ce moment à la maison ? Y a-t-il des tensions particulières en ce moment dans votre entourage... ? »*
- Si des difficultés relationnelles se confirment, on continuera par des questions plus précises: *« Votre état (vos blessures) m'inquiète... Comment vous sentez-vous à la maison ? Vous sentez-vous en insécurité chez vous ? À la maison avez-vous déjà été blessé-e par quelqu'un de votre entourage... ? »* Ces deux dernières questions suffisent à poser le diagnostic de violences conjugales.
- Enfin, en cas de réponses affirmatives, on tente de se renseigner plus franchement encore: *« Êtes-vous injurié-e,... humilié-e,... menacé-e,... bousculé-e,... frappé-e, contraint-e... ? »*
- À chaque étape, on assurera la personne qu'il est de son droit de ne pas répondre à ces questions ou de ne pas dire *qui* est concerné.
- On insiste également sur le caractère strictement confidentiel de la consultation.

Il est essentiel de conduire ce dialogue avec tact, de manière empathique et non jugeant. En cas de suspicion de violences dans le couple, on ne posera ces questions qu'en absence du partenaire ou d'autres membres de la famille. Si la/le patient-e dément les faits de violence à son encontre, même si la/le médecin est certain-e du diagnostic, il faut respecter cette réaction en *roulant avec la résistance de la personne*. Voici un exemple de réaction possible: *« Tant mieux si on ne vous maltraite pas... En tout cas si vous avez envie de parler de quoique ce soit, n'hésitez-pas car les problèmes de santé liés aux difficultés relationnelles c'est aussi le rôle du généraliste... »*. Ce faisant, la victime viendra se confier au médecin lorsqu'elle se sentira prête. À des moments qu'elle/il jugera opportuns, la/le généraliste pourra réitérer ce type d'intervention. La/le généraliste pourrait se sentir mal à l'aise en posant ces questions. Or, les études révèlent que les victimes de violences conjugales apprécient que le médecin aborde ces questions et les trois quarts d'entre elles souhaitent que le médecin s'enquière de ces situations. Éluder cette problématique lors de la détection de certains symptômes (douleurs chroniques, plaintes vagues et multiples,...) peut mener à

des erreurs de diagnostic et de traitement, de même qu'à une multiplication d'examen médicaux inutiles, voire iatrogènes. Le fait de disposer dans la salle d'attente, dans le bureau ou mieux encore, dans les toilettes, des affiches ou du matériel pédagogique informant sur les violences conjugales constitue un signal que la/le généraliste est conscient-e du problème, cela aidera la/le patient-e concerné-e à se confier.

#### *La prise en charge de la/du patient-e victime*

Lors de l'identification d'une personne victime de violences, la/le généraliste examinera la gravité des lésions, organisera et prodiguera les soins nécessaires. Elle/il s'informerait de l'évolution des violences subies et offrirait son aide avec un message clair du type : « *Ce n'est pas acceptable de vivre cela, je peux vous aider* ». Analyser la situation avec la personne victime sur les risques qu'elle encoure est une étape qui augmentera la prise de conscience de la/du patient-e sur sa situation. Quatre éléments seront envisagés : la gravité de la situation (fréquences, évolution...), la dangerosité (danger immédiat ? quels risques ? pour qui ?), les ressources d'aide dans l'entourage de la/du patient-e et l'établissement d'un plan de sécurité (anticipation du danger). Tout au long du suivi, il y aura la nécessité de responsabiliser la/le patient-e victime : toute personne est responsable de ses conduites agressives, y compris lorsqu'elles sont posées en réaction à une situation violente et toute personne victime est responsable de sa propre sécurité et celle de ses enfants le cas échéant. Informer sur les aides disponibles, suivre activement les accords conclus avec la/le patient-e victime, accorder une attention particulière aux enfants témoins de violences conjugales, consigner soigneusement dans son dossier médical ses observations objectives et les déclarations de la personne victime, respecter ses limites en tant que généraliste en collaborant avec d'autres intervenant-e-s et rédiger un certificat médical en accord avec les Recommandations de Bonne Pratique, sont les autres étapes d'un accompagnement optimal de ces patient-e-s. Le certificat sera rédigé uniquement à la demande de la/du patient-e et remis à elle/lui uniquement en main propre (pas aux autorités ni policières, ni judiciaires). Ce document peut être conservé dans le dossier médical de la/du patient-e.

#### *Adapter le cycle du changement à la situation de violence conjugale*

Le plus souvent, la réalisation de ce type de prise en charge, ne s'opère que sur un laps de temps relativement long, sur des mois, voire des années, ce qui est possible en première ligne. Nous sommes en présence ici d'un cas particulier de prévention en matière de santé ce qui nécessite certains rappels pour protéger la/le médecin de famille elle/lui-même d'un sentiment d'échec trop lourd à supporter :



- Le *style de vie* d'un-e patient-e influe sur sa santé et son espérance de vie. Tout médecin et en particulier le/la généraliste *est tenu d'informer ses patient-e-s* sur ces matières (tabac, alcool, sédentarité, violence domestique,...).
- Modifier son style de vie suppose que le/la patient-e opère un ou plusieurs changements de comportement, ce qui est particulièrement difficile. Le/la médecin *est tenu d'informer sur les aides possibles et de guider de façon optimale*, éventuellement d'accompagner le/la patient-e dans cette démarche de changement.
- Ayant informé et guidé adéquatement son/sa patient-e en matière de prévention, le/la médecin n'est *pas responsable* si le/la patient ne tente pas ou ne réussit pas à modifier la situation problématique.

Deux outils complémentaires sont bien adaptés pour l'accompagnement d'un-e patient-e dont la situation et/ou l'état de santé bénéficierait d'un changement de comportement, voire d'environnement ; il s'agit de l'entretien motivationnel s'articulant autour du concept du cycle du changement. L'entretien motivationnel est basé sur quatre principes :

1. Écoute de la/du patient-e avec empathie.
2. Résoudre l'ambivalence de la/du patient-e qui a déjà conscience qu'elle/il doit *changer* en développant la divergence entre les avantages et inconvénients de *changer ou de ne pas changer* (par exemple, *entreprendre ou non des démarches* pour assurer sa sécurité, pour retrouver du travail...).
3. Ne pas vouloir à tout prix convaincre la/le patient-e, rouler avec les résistances.
4. Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle de la/du patient-e.

Par ailleurs, reconnaître le stade de la/du patient-e par rapport à un comportement ou un style de vie potentiellement nocif augmente l'efficacité de l'intervention de la/du médecin. En effet, un-e patient-e en déni *n'entendra pas d'emblée* les conseils de sécurité, alors qu'un-e patient-e prêt-e à agir sera au contraire avide d'information ; une communication adaptée aidera la personne à trouver par elle-même les meilleures décisions.

*La/le généraliste est la/le médecin de toute la famille : victime et auteur-e*

En cas de détection de violences conjugales, la/le généraliste peut se sentir mal à l'aise en reconsidérant *autrement les uns et les autres membres de la famille* concernée. Le but des propos qui suivent, est d'être le point de départ d'une réflexion pour la/le médecin de famille tant au niveau éthique que déontologique.

- Si pour une quelconque raison, la/le généraliste ne se sent plus à l'aise dans une situation, elle/il a le droit d'orienter les patient·e·s vers d'autres intervenant·e·s adéquat·e·s.
- Même si l'auteur·e de violences est aussi notre patient·e, il n'existe aucun conflit d'intérêt pour accompagner le/la conjoint·e victime à anticiper un plan de sécurité ou à gérer la violence suspectée ou confirmée.
- Chaque patient·e (auteur·e ou victime) doit être considéré·e par sa/son généraliste de manière indépendante. Chaque patient·e a droit à la confidentialité et la probité de sa/son médecin. Chaque patient·e a droit à la qualité des soins.
- En cas de violence suspectée ou confirmée, la victime doit être entendue seule, en l'absence de sa/son partenaire
- La règle c'est la confidentialité ; ne pas parler à l'auteur·e des confidences de la victime. Ne pas parler à la victime des confidences de l'auteur·e. La divulgation de ces confidences, même à la demande de ceux qui les font, ne devrait pas se faire par la/le médecin. Certaines exceptions au secret existent, par exemple, en cas de danger grave et imminent pour autrui et notamment concernant les enfants ou autres personnes vulnérables. La/le généraliste ne devra pas hésiter à activer le réseau adéquat, demander un avis à l'Ordre des Médecins ou contacter un·e autre confrère en respectant l'anonymat des patient·e·s afin de prendre la meilleure décision.

## Epilogue

La violence intrafamiliale est un réel problème de santé publique. Cette violence est le plus souvent dissimulée et jusqu'ici peu reconnue. Elle n'en est pas moins à l'origine d'une consommation importante de soins et ce d'autant plus que le diagnostic correct n'a pas été posé. Bien avant la police et les services d'urgence, ce sont leur médecin de famille que les victimes consultent en premier. Il existe des démarches validées qui permettent à la/au généraliste de détecter précocement ces violences mais aussi d'accompagner les victimes et leur famille dans un processus de changement de vie, pouvant améliorer leur santé tant somatique que psychique. Pour la/le médecin lui-même, apprendre à gérer ces situations de manière adéquate permet de pallier au découragement, voire à l'épuisement qui guette tout intervenant·e en cette matière.

Face à la maladie organique, à l'événement familial ou professionnel, heureux ou malheureux, depuis la naissance à la fin de vie, la/le médecin de famille est un témoin au long cours de centaines de destins ; témoin de la douleur et du soulagement, témoin qui si elle/il n'est pas neutre, n'en pas moins assermenté·e et se doit de rester accessible et bienveillant·e.

## Bibliographie

- BALINT, Michael (1896-1970), site officiel de la société Balint : <http://www.balint.be/index.php/le-balint/michael-balint>.
- JEANJOT, I., BARLOW, P. et ROZENBERG, S., Domestic violence during pregnancy: survey of patients and health providers, *Journal of Women's Health*, vol.17, n° 4, 2008.
- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient : <http://users.swing.be/carrefour.naissance/Articles/leg/droitsdupatientbrochure.pdf>
- MILLER, W.R., ROLLNICK, S., *L'entretien motivationnel*, Paris : InterEditions-Dunod, 2006-2013.
- OFFERMANS, A.M. et KACENELEBGEN, N., Prévalence de la violence conjugale. Pourquoi sa détection en médecine générale (Prevalence of partner violence. Why the detection by the general practitioner?), *Rev. Med. Brux.*, vol. 31(4), 2010, p. 403-14.
- Organisation Mondiale de la Santé. Rapport Mondial sur la Violence et la Santé. Genève 2002 Chapitre 4 : La violence exercée par des partenaires intimes (p.100-135)
- PIETERS, J., ITALIANO P., OFFERMANS, A.M. et HELLEMANS, S., *Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle*, Bruxelles : Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes, 2010.
- PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C. et NORCROSS, J.C., In search of how people change : applications to addictive behaviors, *American Psychologist*, vol.47, 1992, p. 1102-1114.
- ROGERS, C.R. Carl Rogers on the Development of the Person-Centered Approach, *Person-Centered Review*, vol.1, n° 3, 1986, p.257-259.
- VANHALEWYN, M. et OFFERMANS, A.M., *RBP Détection des violences conjugales*. Validation par le CEBAM en 2009. Service Public Fédéral Santé, Sécurité Chaîne Alimentaire et Environnement.
- VANHALEWYN, M. et OFFERMANS, A.M., *Les violences conjugales. Cadre juridique et Déontologique. Aspects relatifs au Dossier et au Certificat Médical 2010*. Service Public Fédéral Santé, Sécurité Chaîne Alimentaire et Environnement.
- WATZLAWICK, P., HELMIICK BEAVIN J. et JACKSON, D., *Une logique de la communication*, Paris : Ed. Seuil, 1972.
- World Family Doctors. Caring for People. WONCA Europe. Définition européenne de la médecine générale, 2002 : <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

## Remarque :

La partie de l'article concernant la détection et l'accompagnement par le généraliste de la violence entre partenaires provient en grande partie de l'article suivant : KACENELEBGEN, N. et OFFERMANS, A.-M., Détection et gestion de la violence entre partenaires en médecine générale, *Rev Med Brux.*, vol.31(4), 2010 ; p.415-25.

## Violences sexuelles commises par des professionnels de santé :

### Hippocrate phallocrate ?

*Marilyn Baldeck*

Le 5 novembre 2013, la docteure Muriel Salmona m'avait invitée, dans le cadre du colloque « Violences et soins » organisé par l'association Mémoire Traumatique et Victimologie, à présenter les analyses de l'Association européenne contre les Violences faites aux Femmes au Travail (AVFT) sur le thème des violences, notamment sexuelles, commises par les professionnels de santé.

Le 29 novembre 2013, lors du colloque sur la santé des femmes organisé par l'association Gynécologie Sans Frontières au Palais du Luxembourg, j'ai été invitée à répondre à la question : « *Les violences sexistes au travail, qu'attend-on des soignants ?* ». J'en avais profité pour rappeler que le secteur médical était l'un des secteurs les plus générateurs de violences sexuelles et pour dire, en substance, qu'on attendait *a minima* des médecins qu'ils n'agressent pas sexuellement leurs patientes et ne couvrent pas les violences commises par leurs confrères, avant même de leur demander de détecter les victimes et de les soigner. Cette présentation avait été diversement appréciée par un public essentiellement composé de soignant·e·s. Madame Irène Kahn-Bensaude, pédiatre, vice-présidente du Conseil National de l'Ordre des Médecins et présidente du Conseil de l'Ordre de Paris avait déclaré, sans craindre d'être scandaleusement indécente vis-à-vis des femmes réellement victimes de violences qui étaient au cœur de ce colloque et dont certaines étaient dans la salle, qu'elle avait « *subi des violences ce matin, en tant qu'ordinal(e)*<sup>1</sup> ». Elle faisait référence aux propos que j'avais tenus sur la prévalence des violences sexuelles dans le secteur de la santé et sur la protection des médecins agresseurs par leur ordre professionnel. Le professeur Henrion (Rapport Henrion, 2001), qui était mon voisin de gauche à la tribune, avait salué mon intervention... mais en aparté, tout de même pas au micro.

En 2014, l'AVFT a été sollicitée par les membres de la mission, chargée par Madame Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, de préconiser des améliorations sur la prise en charge médicale des femmes victimes de violences. Une nouvelle occasion d'évoquer la question des violences sexuelles commises par les professionnels de santé à l'encontre de patientes ou de salariées.

J'ai enfin eu le plaisir de participer à une conférence du cycle de formation de l'Université des Femmes sur « Les femmes, leurs soins, leurs médecins », le 5 décembre 2014 à Bruxelles, spécifiquement sur les violences sexuelles exercées dans le cadre de la relation médecin/patientes. Les lignes qui suivent synthétisent ces différentes interventions.



Les soignants ont la double particularité d'être des maillons essentiels de la chaîne du dévoilement des violences – ils sont régulièrement les premiers à qui les femmes victimes de violences parlent – et d'être trop souvent des acteurs du « système agresseur », quand ils ne sont pas eux-mêmes les agresseurs. Ceci est loin d'être un paradoxe. Les agresseurs ont, en effet, tout intérêt à avancer masqués pour éviter d'être dénoncés et, quand ils le sont, à ce que les plaignantes ne soient pas crues. Le statut de médecin particulièrement est un camouflage presque parfait et l'exercice de la médecine offre des opportunités idéales d'emprise, d'accès au corps permettant une confusion volontairement entretenue entre gestes médicaux et agressions sexuelles, de création d'une dépendance et de manipulation, qui s'ajoutent aux stratégies habituelles des agresseurs.

Dans les « dossiers » de l'AVFT, les victimes sont des patientes, des salariées de ces médecins (secrétaires médicales, assistantes dentaires...), et peuvent parfois être les deux à la fois, ce qui pose, déjà de notre point de vue, un sérieux problème déontologique. Certaines sont des étudiantes en médecine et accusent un « professeur des universités-praticien hospitalier ». Elles peuvent aussi être des consœurs, et dans cette hypothèse sont presque toujours de nationalité étrangère avec un statut précaire.

Lorsqu'il s'agit de patientes, elles ont consulté pour un motif « classique » ou, justement, ont vu un médecin *parce qu'*elles avaient été victimes de violences sexuelles et recherchaient une prise en charge thérapeutique adaptée. Dans certains cas, les violences sexuelles commises par le médecin ont commencé quand elles lui ont dit avoir été victimes de viols incestueux, de violences « conjugales », de harcèlement sexuel au travail (Rorh, 2013).

Elles étaient parfois à peine sorties de l'enfance, étaient des adolescentes, ou des femmes de tous âges et de tous milieux sociaux.

Pour certaines de ces femmes, la plupart en réalité, les violences se sont répétées dans le temps pendant des semaines, des mois, parfois des années, au rythme des consultations médicales. Celles qui ont été victimes d'une agression sexuelle isolée sont celles qui n'avaient besoin que d'une prise en charge ponctuelle (pour une opération, par exemple).

Il n'existe pas de données chiffrées ou d'études en France portant sur les violences sexuelles commises dans le secteur médical. Questionner un moteur de recherche, en français ou en anglais, ne donne que de maigres résultats, si l'on écarte les articles de presse qui relatent telle procédure contre un psychiatre, telle condamnation d'un gynécologue ou d'un kinésithérapeute qui sont eux beaucoup plus nombreux.

S'il ne donne aucun chiffre, le rapport de l'OMS sur « la violence et la santé » recommande de « *s'attaquer à la violence sexuelle dans le secteur de la santé* » et notamment « *d'établir [...] des procédures de plainte ainsi que des procédures disciplinaires strictes pour les personnels de santé qui maltraitent des patients dans le contexte de soins de santé* ». C'est que, partout dans le monde, le secteur du soin est, en matière de violences sexuelles, un secteur sensible. Toutes les associations féministes qui interviennent auprès de victimes le savent, quel que soit le type de violences contre lequel elles luttent, quelle que soit la sphère – familiale, professionnelle – où elles sont commises. Elles reçoivent et écoutent les victimes de ces soignants tout au long de l'année. Le Collectif Féministe Contre le Viol a recensé 356 dénonciations de violences sexuelles commises par des médecins auprès de sa permanence téléphonique ces dix dernières années, 78 appels concernant des infirmiers, 72 appels concernant des kinésithérapeutes et 13 appels concernant des ostéopathes.

Dans tous les cas, le médecin a détourné ses prérogatives professionnelles pour agresser, a pu se reposer sur le corporatisme de ses confrères, sur le désintérêt, la tolérance ou la protection du Conseil de l'Ordre.

Pour agresser, ces médecins ont bénéficié de l'aura de leur profession, du crédit qu'on lui porte, de l'honorabilité qui l'entoure, du prestige et de l'autorité de la « blouse blanche »<sup>2</sup> considérée comme légitime car scientifique (donc inabordable pour le « commun des mortel-le-s »), du capital-confiance qu'on accorde à ceux (et celles) qui sont supposés consacrer leur vie à soigner. Rien de mieux pour obtenir l'obéissance d'une personne qui, par définition, si elle les a consultés, est fragilisée par un « problème » (de santé) à régler et « s'en remet » au soignant. Rajoutons que le pouvoir du médecin n'est pas limité au périmètre de son cabinet médical : « *Un médecin n'a pas besoin d'un patient pour être médecin. Il est médecin. Il bénéficie de son statut à tout moment, y compris en dehors de son exercice* » (Winckler, 2011).

Le secret médical leur a aussi permis de gagner la confiance de leurs patientes, sur lesquelles ils ont pu obtenir des informations essentielles : parcours de vie, failles narcissiques, vulnérabilité chronique ou passagère, existence de violences, notamment sexuelles, antérieures, de violences, notamment « conjugales », actuelles. Qui, parmi les tiers à la famille et aux proches, autre que le médecin, est mieux placé pour identifier celles qui seront les plus suggestibles, les plus manipulables, les moins enclines à le dénoncer s'il commettait des violences sexuelles sur elles ?

Le rapport médecin/patiente est un rapport d'autorité par excellence, qui disparaît pourtant souvent derrière la croyance libérale selon laquelle tous les individus peuvent prendre des décisions, effectuer des choix, accepter ou refuser, imposer leur avis, faire usage de leur liberté, contractualiser, à égalité entre eux, nonobstant leurs asymétries sociales, financières, leurs rapports de classe, d'âge, de sexe, de savoirs, de dépendance. Le « si tu veux, tu peux » devient : « si elle le voulait vraiment, elle aurait pu quitter le cabinet médical, repousser le médecin ». Le fait qu'une patiente n'ait pas immédiatement identifié une transgression, n'ait pas dénoncé, porté plainte, qu'elle soit retournée en consultation, parfois à de nombreuses reprises, a pour incroyable effet d'*annuler* les violences commises par les professionnels de santé alors qu'elles se sont au contraire multipliées.

Un adhérent de l'AVFT me racontait qu'en consultation chez une kinésithérapeute, celle-ci avait décroché le téléphone, s'était entretenue avec son interlocuteur qui était manifestement un confrère puis était revenue s'occuper de lui en lui disant : « *Vous vous rendez compte, une femme qui dénonce des viols par un kiné ! Et elle y est retournée ! Et puis quoi encore, c'est vraiment n'importe quoi* ».

Or, un rapport sexuel entre un soignant, à plus forte raison un médecin et sa patiente peut difficilement être librement consenti. Éprouver de l'admiration du fait de l'infériorité structurelle dans laquelle la patiente est placée, de la reconnaissance, le sentiment d'être en dette, n'a rien à voir avec le fait de consentir librement, c'est même absolument l'inverse puisqu'il s'agit là des effets de l'autorité.

C'est la raison pour laquelle la déontologie médicale interdit généralement tout rapport de nature sexuelle entre un médecin et un-e patient-e, ce que les associations de médecins rappellent : « [...] Une interaction sexuelle ou sentimentale entre un médecin et son patient [...] peut exploiter la vulnérabilité du patient, compromettre le jugement objectif du médecin sur l'état de santé du patient et, au final, être préjudiciable au bien-être du patient » (American Medical Association<sup>3</sup>). Il est également déconseillé aux médecins de pratiquer des gestes non-sexuels si le/la patient-e les perçoit comme étant connotés sexuellement. Plus encore, les médecins sont mis en garde contre

des «*relations sexuelles ou sentimentales*» avec d'ancien·ne·s patient·e·s, car il serait «*contraire à l'éthique que le médecin utilise ou exploite la confiance, la connaissance, les émotions ou l'influence qui découle de la relation de soin passée*».

Cette même association considère aussi comme «*inacceptable*» une relation sexuelle, même si les deux parties la qualifient de «*consentie*», entre un professeur de médecine et un·e étudiant·e en médecine en raison de «*l'inégalité inhérente à leurs statuts et pouvoirs*».

Le Code pénal suisse punit quant à lui spécifiquement les atteintes sexuelles commises sur des personnes hospitalisées (mais aussi détenues ou prévenues): «*Celui qui, profitant d'un rapport de dépendance, aura déterminé une personne hospitalisée, internée, [...], à commettre ou à subir un acte d'ordre sexuel, sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire*» (Art. 192 Code pénal suisse).

En France, selon l'analyse qu'en fait le Conseil National de l'Ordre des Médecins, cet interdit découle de l'article 2 du Code de déontologie qui porte notamment sur la dignité de la personne humaine: «*De la même logique découlant de l'accès des praticiens à l'intimité de la personne, dérive l'interdit des relations sexuelles entre médecins et patients, dont on connaît l'effet dévastateur sur ces derniers*<sup>4</sup>», qui découle lui-même du serment d'Hippocrate<sup>5</sup>. L'interdit hexagonal trouve donc son origine dans le dévoiement de l'accès à l'intimité de la patiente, tandis qu'outre-Atlantique, c'est le déséquilibre fondamental de la relation de soin qui le fonde. L'absence d'analyse ordinaire française de la relation médecin/patient en termes de rapports de pouvoir voire de force est particulièrement éloquent.

Quoi qu'il en soit, cette règle est aussi clairement édictée qu'elle est régulièrement transgressée.

## Le professionnel de santé/employeur

Du fait de son champ de compétence, l'AVFT est régulièrement saisie par des femmes qui mettent en cause un employeur qui se trouve également être un professionnel de santé: elles sont secrétaires médicales ou assistantes dentaires dans la plupart des cas. S'additionnent alors la contrainte économique, hiérarchique, l'exercice du pouvoir disciplinaire, un exercice professionnel souvent en binôme, et l'effet de «*l'aura*» de ce professionnel.

Madame M., assistante dentaire, a retrouvé un emploi après «*deux ans d'inactivité et de régression sociale*».

«*Cette affaire m'a anéantie [...]. Le comportement de mon employeur [chirurgien-dentiste] a commencé à changer vers avril 2009, en ayant*



*des rapprochements très subtils, des frottements, tout en s'excusant, des rapprochements pour avoir le contact. Fin juillet 2009, j'ai été hospitalisée, j'ai subi une intervention chirurgicale en urgence, mon état était tel que même la présence de mes enfants était difficile. De voir arriver à trois reprises mon employeur dans ma chambre m'a à la fois surprise et mise très mal à l'aise. Il me dit que je suis belle, même malade, essaie de m'embrasser, et avec sa main écarte ma nuisette au niveau de ma poitrine et me dit : 'Vous avez de jolis seins, des seins de petite fille' ».*

### Le médecin enseignant/directeur de thèse

Madame B., déjà médecin, passe une thèse dans une nouvelle discipline médicale. Elle confie à son directeur de thèse, chef du service, qui la questionne sur sa vie personnelle, les violences conjugales dont elle est victime. Elle a porté plainte contre lui pour plusieurs viols :

*« Cela s'est passé [...] dans la salle des enseignements [...]. Puis frénétiquement, il m'a déshabillé le bas de mon corps tout en ouvrant la braguette de son pantalon. Puis très rapidement, il m'a pénétrée brutalement. J'étais debout, le dos plaqué contre un mur. Je suis restée sans bouger, les bras ballants, secouées par ces assauts douloureux. Mais très rapidement, il n'arrivait plus à avoir d'érection. Voyant cela, j'ai espéré qu'il s'arrêterait, mais il n'en fût rien. Il s'est excité et a essayé à nouveau sans succès. Je ne comprenais pas qu'il insiste ainsi. Rien dans mes gestes ni dans mes paroles ne pouvait lui faire croire que j'acceptais cette attitude. Il ne cherchait d'ailleurs aucunement à prendre en considération ma réaction, il ne regardait pas mon visage [...]. J'étais comme un pantin sur lequel il s'excitait, pétrifié et sans vie ».*

L'université est un secteur sensible<sup>6</sup> : la relation enseignant/élève, sachant/apprenante est, en effet, une relation de pouvoir par excellence, surtout lorsque le professionnel de santé qui transmet son savoir et aussi celui qui juge (qui évalue le travail, note) l'élève et détermine au moins en partie son avenir professionnel. La faculté de médecine n'y échappe pas.

### Le soignant

Celui-ci bénéficie, dans sa pratique, des facteurs favorisant la commission de violences sexuelles.

*Une consultation à huis-clos au cabinet ou à domicile*

S'impose bien entendu immédiatement le huis-clos du cabinet médical. Peu de professions s'exercent dans un tel « espace », confiné, qui est

d'abord celui du praticien, par définition abrité des regards extérieurs, secret médical oblige. Les personnes qui jouxtent le cabinet: secrétaire, autres patient·e·s en salle d'attente, sont des inconnu·e·s pour la patiente qui peut d'autant moins les alerter en cas de «problème». Par ailleurs, nous l'avons vu dans certains «dossiers», les médecins avaient prémédité les agressions, puisqu'ils donnaient systématiquement rendez-vous aux patientes agressées en fin de journée, après le départ du dernier patient et, le cas échéant, de la secrétaire médicale. Les médecins comme les autres agresseurs ne sont pas mus par des «pulsions sexuelles subites» du fait de la proximité avec une patiente, éventuellement déshabillée, comme on a parfois pu l'entendre, puisqu'ils isolent les victimes et créent, au moins pendant un temps, les conditions de leur impunité.

Madame L., victime d'agressions sexuelles commises par son ostéopathe: *«[...] il avait enlevé mon soutien-gorge pour me faire un massage. Quand je suis repassée sur le dos, je lui ai demandé si je pouvais le remettre. Il m'a dit: 'À 40 ans, il est temps de mettre sa pudeur de côté'. [...] Après, il se tenait derrière moi, il m'a empoigné les seins, m'a masturbée. J'essayais de le raisonner mais il ne m'entendait pas. Crier n'aurait servi à rien, il avait préparé son coup, il n'y avait ni client avant, ni client après».*

La consultation à domicile peut également favoriser la commission des violences. Les médecins s'accordent généralement pour dire que ce type de consultation apporte énormément d'informations utiles à leur pratique médicale sur l'environnement social et familial des patient·e·s: *«L'enseignement apporté par une visite est extrêmement positif. Elle permet d'instruire le praticien sur la vie de ses patients [...]»*<sup>7</sup>. Mais ces informations –perception de la qualité de la relation de couple, de la situation socio-économique des patientes– peuvent également s'avérer précieuses pour un médecin mal intentionné dans l'élaboration d'une «stratégie d'agresseur», qui peut notamment passer par la valorisation de la patiente, le renflouement d'un déficit d'estime personnelle –si bien partagé par les femmes!– et partant la création d'un lien de dépendance.

*Exploitation de la connaissance que les patientes ont déjà été victimes de violences sexuelles*

Par définition, les médecins ont accès à nombre d'informations sur la vie de leurs patientes, au-delà de leur état de santé et de leurs antécédents médicaux. La garantie apportée par le secret médical crée les conditions de la confiance des patientes à leurs médecins. Les médecins peuvent donc prendre connaissance des violences sexuelles et/ou physiques et/ou psychologiques dont leurs patientes peuvent être ou avoir été victimes. Il n'est d'ailleurs pas normal que nombre de médecins n'aient pas accès à ces informations,

tant ces violences influent sur la santé de leur patientes. Pour y remédier, de rares médecins engagés plaident pour le questionnement systématique des patientes sur les violences dont elles peuvent avoir été victimes<sup>8</sup>.

Mais autant la connaissance des violences de toute nature auxquelles leurs patientes ont été ou sont exposées est essentielle pour les médecins, autant il peut en être fait un usage tout autre que médical.

Madame J. : « [Mon compagnon] me quitte [...] et je fais une tentative de suicide. Je suis hospitalisée. La semaine suivante, je subis une agression sexuelle sans pénétration de la part de mon voisin. [Mon psychiatre] me dit que c'est parce que je suis désirable quand je lui explique mon mal être par rapport à cette horreur qui m'a laissé des traces psychiques de peur et de manque de confiance [...] puis il commence à me faire des compliments, que je suis bien foutue, que je suis sensuelle, à me caresser les cheveux ».

S'en suit une relation d'emprise durablement inextricable pour Madame J. qui dit qu'elle était « ferrée comme un poisson », qu'il a si bien réussi à lui faire tenir « secret » ce qui se passait dans le cabinet médical que cela « lui faisait penser à un inceste ». Elle relate aussi qu'il continuait de lui demander de régler la consultation, de telle sorte qu'elle finissait par penser qu'elle payait, et la sécurité sociale avec elle, « pour ces abus », et qu'elle le voulait donc bien.

Les médecins qui agressent sont à cet égard des agresseurs comme les autres : ils repèrent, planifient, évaluent les risques, agissent en conséquence. Et peuvent le faire mieux que n'importe qui.

#### *Exploitation d'un espoir particulier placé dans le médecin*

La condamnation pour viols par la Cour d'Assises de Paris du docteur Hazout, gynécologue, en février 2014<sup>9</sup>, a mis une nouvelle fois en relief la relation d'autorité existant entre patientes et médecins. L'autorité du docteur Hazout, spécialiste de l'infertilité féminine, reposait notamment sur l'espoir que nourrissaient ses patientes de tomber enceinte. Les médias l'ont d'ailleurs surnommé « le magicien des bébés ». Le fait que des patientes remettent une grande partie de leur vie et de leurs espoirs entre les mains d'un soignant, particulièrement quand il jouit d'une grande réputation sur le plan professionnel, les contraint à subir de nombreuses consultations alors qu'elles savent qu'elles y seront agressées.

#### *Exploitation des carences affectives et/ou d'estime personnelle des patientes*

Une recherche sur Internet (ne serait-ce qu'avec l'expression « médecin ambigu » !) aboutit à plusieurs forums de discussion sur lesquels des femmes confient leurs doutes, le malaise qu'une consultation chez un gynécologue a suscité chez elles, voire des atteintes sexuelles caractérisées.

Sur un forum dédié aux témoignages sur la consultation gynécologique, une femme dit : *« Ce n'est que depuis que j'essaye d'avoir un bébé (deux ans et des brouettes) que je me rends compte du côté sorcellerie vaudou de cette science »*.

Sur un autre forum, des internautes échangent autour du thème : « Mon gynéco me drague ».

Une femme témoigne de plusieurs consultations avec un gynécologue pour une IVG. Elle aurait souhaité garder cet enfant, mais la séparation avec son compagnon se heurte à son projet. On comprend donc qu'elle traverse « une zone de turbulence personnelle ». Le gynécologue lui propose une contraception, qu'elle refuse : *« Je lui ai dit que je n'en voyais pas l'intérêt car j'ai 35 ans, 3 enfants, je travaille à mon domicile et personne pour me garder mes enfants en cas de sortie donc je pensais que ma vie de femme<sup>10</sup> était terminée »*. Son médecin lui répond qu'il faut qu'elle « s'ouvre à l'amour » et qu'elle pourrait bien avoir « un coup de foudre » :

*« Bonjour,*

*Je suis troublée et je cherche des réponses ! Voilà, il y a deux mois je suis allée voir un gynécologue avec mon ex pour me faire avorter (on venait de se séparer et on ne voulait pas garder le bébé). Pendant la consultation, il a été doux, gentil et compréhensif mais il a évité de me regarder pendant toute la consultation. Le jour de l'intervention par contre il a semblé très à l'aise, il me regardait, me touchait l'épaule pour me rassurer, me serrait la main longuement, plaisantait et me taquinait, je me suis dit qu'il était vraiment très sympa. Je l'ai ensuite revu un mois après pour la visite de contrôle, il a commencé par me taquiner (me traitant de « petite peste » par exemple) puis on a discuté : il m'a proposé le stérilet comme moyen de contraception et je lui ai dit que je n'en voyais pas l'intérêt car j'ai 35ans, 3 enfants, je travaille à mon domicile et personne pour me garder mes enfants en cas de sortie donc je pensais que ma vie de femme était terminée. Il m'a dit que c'était triste de dire ça, qu'il fallait que je m'ouvre à l'amour car un jour je pouvais à la sortie d'un couloir tomber sur quelqu'un et ce serait le coup de foudre, que je pouvais rencontrer un homme de 39/40 ans qui sortait d'une relation difficile, qui n'avait pas d'enfant et qui en voudrait un avec moi (je lui ai dit que j'aurais aimé avoir un 4<sup>ème</sup>). Quand je suis partie, il m'a appelée par mon prénom et m'a demandé de le tenir au courant à la prochaine visite (pour la pose du stérilet). J'ai été troublée par sa familiarité et par la précision de ses exemples, j'ai eu l'impression qu'il me parlait de lui. Lors de la visite suivante, il a commencé par m'appeler par mon diminutif puis il m'a reparlé de notre discussion me disant que cela l'avait tracassé et qu'il avait contacté un ami psychologue pour lui expliquer mon cas, d'après ce que je lui avait dit car il n'avait pas le bon-*

*heur de me connaître!... Il m'a encore expliqué que je pouvais rencontrer un homme qui m'aimerait. Et il m'a proposé de se voir un jour autour d'un verre pour en reparler, ce que j'ai accepté car il me plaît vraiment. Il a pris mon numéro de téléphone et mon adresse, m'a caressé la joue et depuis 15 jours ont passé et pas de nouvelles!! Je ne comprends pas, est-ce qu'il attend que j'aie passé ma visite de contrôle? Ou c'était un jeu pour lui? Est-ce que je suis trop naïve? Je n'arrête pas de ressasser tout ça depuis et plus j'y pense moins je comprends! Alors je vous demande votre aide».*

Cette femme a raison de demander de l'aide. D'ailleurs, des réponses, dont une émane d'un médecin, la mettent à juste titre en garde et l'informent qu'un médecin n'a pas le droit de se comporter ainsi avec elle. Il a ciblé un «point faible», la valorise, crée un besoin, disparaît, de telle sorte qu'il la place en situation d'être en attente et en demande. Classique même sans blouse blanche? Certes. Mais il s'agit déjà d'une technique de manipulation, d'autant plus dangereuse qu'elle est le fait d'un médecin. Il pourra s'en servir si elle décide de le dénoncer.

*Exploitation d'une période de dépression, de maladie d'un proche, d'un deuil...*

*«J'avais 27 ans. Le docteur B. était mon gynécologue à l'époque depuis que j'avais 19 ans, il avait fait en sorte que je puisse avoir une rendez-vous avec le docteur M., spécialiste urologue qui soignait mon père pour un cancer de la prostate. À la suite de cet entretien, j'étais en état de choc puisque je venais d'apprendre la réalité sur la gravité du cancer de mon père. Je sortais du cabinet du docteur M. et j'ai appelé mon gynécologue pour le remercier d'avoir permis cet entretien. [Il] m'a alors dit que je pouvais passer au cabinet pour le remercier [...], il n'y avait personne dans la salle d'attente et la secrétaire avait fini son travail. Le docteur B. m'a reçue dans son bureau et a fermé la porte du couloir à clé. Il m'a dit qu'il ne voulait pas qu'on soit dérangés [...] Il commence alors à m'avouer qu'il avait envie de moi depuis des années [...] Je lui dis que je suis indisposée. Il met alors une serviette par terre et commence à me déshabiller. Nous nous retrouvons par terre dans le bureau du docteur. Il me fait un doigté vaginal et me met ensuite son sexe dans la bouche [...]. Ensuite, le docteur a mis un préservatif et il me pénètre. Je me trouve toujours par terre, allongée et indisposée, je perds beaucoup de sang».*

Madame K. décrit ensuite un mélange de sentiments d'hébétéude, d'incompréhension et de redevabilité vis-à-vis de celui qu'elle continue d'appeler le «docteur» lorsqu'elle relate le viol.

*La confusion volontairement entretenue entre gestes médicaux et agressions sexuelles*

C'est l'une des armes les plus redoutables au service des médecins qui agressent leurs patientes. Elle a un double emploi : elle sert à la fois à embrouiller les patientes, comme technique d'agression, et si elles portent plainte, comme argument en faveur de leur innocence. Pire, dans certains cas, c'est parce qu'ils seraient de bons médecins, attentionnés, « doux », que les patientes auraient « confondu ».

Ainsi :

*« Le praticien, qui a été entendu sur le fond de l'affaire en janvier par le juge, conteste formellement ces accusations. « Il explique qu'il est un médecin très doux, très lent », indique son avocat, maître Jean Chevais. « Il prend son temps pour ausculter ses patientes. Il fait un examen vraiment complet. Des personnes ont pu assimiler certains gestes à une agression sexuelle. Certaines femmes ont ainsi estimé qu'il effectuait des va-et-vient lorsqu'il les auscultait. Lorsqu'il posait sa main sur leur ventre, certaines prenaient ce geste pour une caresse. Ce n'était pas le cas. C'est une mauvaise interprétation » (Le Parisien, 4 avril 2015).*

Et d'ailleurs, plusieurs patientes, voire de nombreuses patientes, peuvent s'être « trompées », au point d'avoir porté plainte ou saisi le Conseil de l'Ordre :

*L'avocat précise que deux patientes ont saisi par le passé le Conseil de l'Ordre des médecins. « Je l'ai alors assisté et il avait été blanchi. » (Le Parisien, 4 avril 2015).*

Dans ce cas, le fait qu'il y ait eu auparavant d'autres plaignantes – que le Conseil de l'Ordre ne leur ait pas donné raison est de notre point de vue insignifiant, nous le verrons plus loin – est utilisé par l'avocat comme un argument à *décharge* de son client.

Il faut bien, en effet, que les conseils de ces médecins trouvent des parades à l'existence d'autres victimes. Etant donné le nombre de patientes que les médecins examinent pendant leur carrière, il est statistiquement probable qu'ils en aient agressé d'autres.

Donc, les femmes se tromperaient. La concordance de leurs récits, de leurs analyses, des conséquences psycho-traumatiques qu'elles subissent, qui sert généralement à densifier un « faisceau d'indices concordants », est ici retournée comme un gant : s'il y a tant de plaignantes, c'est *forcément* parce que ce médecin s'y prenait de manière tellement délicate qu'il ne pouvait s'agir pour elles de gestes strictement médicaux.

Un médecin généraliste du Cher est actuellement poursuivi pour viols aggravés et pour avoir filmé ses « consultations » médicales (Le Berry républicain, 5 décembre 2014). Il argue de la désertification médicale des campagnes pour expliquer avoir dû pratiquer des examens gynécologiques, ce qui ne lui était d'ailleurs pas reproché<sup>11</sup>, et selon son avocate « *il conteste les accusations de viol, il a expliqué que c'étaient des actes médicaux, des examens gynécologiques. Jamais il n'a voulu les violer, jamais il ne l'a fait* ».

C'est également la défense choisie par des médecins quand il leur est reproché d'avoir masturbé de force des jeunes voire très jeunes patientes, agressions particulièrement perverses et complexes à surmonter car, outre l'effraction dans l'intimité sexuelle, elles entraînent une association durable sinon indélébile entre plaisir sexuel, fût-il purement mécanique, et violence. L'abus de pouvoir de l'adulte, doublé ici du médecin, atteint là un de ses paroxysmes.

*L'instrumentalisation du transfert, des actes sexuels présentés comme consolatoires et nécessaires au soin...*

L'existence d'un « transfert » de la patiente sur le médecin – phénomène conceptualisé par Freud qui n'était pas le dernier des phalocrates – constitue un joker incontournable des psychiatres mis en cause pour avoir commis des violences sexuelles : la patiente était tellement en demande que c'est ne pas répondre à ses sollicitations qui aurait constitué un défaut de soin !

Madame Z, victime de viols commis par un psychiatre :

*« Ayant retrouvé, bien des années plus tard, mes écrits de l'époque, il m'est apparu qu'il avait, dès ce jour, évoqué mon « désir inconscient » d'une telle circonstance. En d'autres termes, il a alors prétendu que je désirais inconsciemment ce qu'il me « donnait là ». J'étais en quête d'un « modèle symbolique », un être certes de chair et de sang, mais auquel me référer, me raccrocher, en cette époque de perte de sens. Mais lui a feint, prétendu, prendre au pied de la lettre, une demande informulée d'ACTES ». (Citée par Salmona, 2013).*

C'est évidemment le moyen de défense le plus utilisé par les psychiatres accusés de violences sexuelles, mais un pédiatre, jugé le 16 juin 2015 par le Tribunal correctionnel d'Angers pour des agressions sexuelles commises sur des petites filles qui étaient ses patientes, s'est également défendu de cette manière en prétendant que c'était de « l'affabulation », « *certaines ayant peut-être cherché 'à se confier sur un fantasme' ou faire des projections sur lui* » (francetvinfo.fr, 16 juin 2015). Une des quatre parties civiles, devenue majeure<sup>12</sup>, que ses parents avaient emmenée chez le pédiatre quand elle avait huit ans pour des problèmes d'énurésie, témoigne :



*« Il m'a demandé d'enlever ma culotte. Il m'a dit qu'il allait me mettre de la crème pour me tonifier les muscles à cet endroit-là. Et il m'a masturbée [...] J'étais en état de choc. Je savais que j'avais vécu quelque chose de bizarre et de répugnant, mais je n'avais pas de mots » (francetvinfo.fr, 16 juin 2015).*

*... la projection de violences réellement subies sur un médecin prétendument innocent*

La connaissance que peut avoir le médecin des violences sexuelles déjà subies par sa patiente peut servir à l'agresser à nouveau en maximisant son impunité, mais également servir de moyen de défense en cas de plainte. Ainsi, le médecin pourra-t-il expliquer que sa patiente soigne, en portant plainte contre lui, la douleur qu'elle ressent du fait de n'avoir pas porté plainte contre un précédent agresseur.

*L'utilisation de médicaments*

Les médicaments peuvent être utilisés de deux manières :

- soit pour droguer les patientes et les endormir pour les agresser sexuellement et les violer ;
- soit pour expliquer *a posteriori* une plainte pour des violences sexuelles. Les atteintes sexuelles dénoncées par les patientes ne seraient alors que les effets secondaires de médicaments psychotropes ayant créé chez elles des hallucinations visuelles et sensitives.

C'est la raison pour laquelle, dans les dossiers ouverts à l'AVFT, les femmes mettent régulièrement en cause des médecins anesthésistes.

Madame V. :

*« J'ai vu le docteur C., chirurgien, qui s'est excusé pour son retard et est reparti, laissant la place à l'anesthésiste, le docteur D., lequel a placé une perfusion sur mon poignet droit pour l'anesthésie locale. J'étais donc parfaitement consciente de ce qu'il se passait autour de moi, j'entendais bien, pouvais suivre les conversations. Un champ opératoire a été placé de sorte que je ne puisse pas voir la partie gauche de mon corps. Je ne voyais donc plus du tout le chirurgien. Je pouvais en revanche voir l'anesthésiste, resté à mon côté droit. Tandis que le docteur C. commençait à m'opérer, j'ai senti que le docteur D., invisible derrière le drap pour son confrère, me « caressait » la main droite. À ce moment-là, je me disais que c'était normal, qu'il faisait cela pour me soutenir dans l'opération. Ensuite, j'ai senti qu'il remontait sa main le long de mon bras. Pour vérifier que je ne me faisais pas d'idées, j'ai regardé et j'ai bien constaté que la main du docteur D. était en train de me caresser le bras. Il est remonté jusque*



*dans mon cou. J'étais extrêmement choquée et me sentais coincée compte tenu du fait que j'étais en train d'être opérée, que j'étais venue en totale confiance et que désormais, je me retrouvais comme livrée à ce médecin et dans l'impossibilité physique (ralentissement des gestes) et psychique (sentiment de fatigue) de réagir. Ensuite, il s'est assis sur un siège collé à la table d'opération et a posé sa main sur son sexe par-dessus sa blouse. J'ai senti qu'il se servait de ma main pour se caresser le sexe, j'ai clairement senti qu'il appuyait sur ma main posée sur son sexe. J'ai fait un effort pour retirer ma main qui était toute molle et l'ai ramenée le long de mon corps. Mais il a repris sa main, a recommencé à me caresser le bras. L'intervention s'est achevée. Le brancardier m'a remontée à ma chambre. Une infirmière est rentrée et a placé un coussin dans le lit pour que mon bras reste levé et m'a aidée à m'installer et m'a posée une perfusion. L'infirmière est repartie et tout suite après, l'anesthésiste est rentré dans ma chambre et a refermé la porte derrière lui. Il s'est assis sur une chaise à côté de moi avec des papiers à la main. Il m'a demandé comment j'allais. Je lui ai dit que ça allait, que j'étais fatiguée et que j'avais faim. Je lui ai demandé l'heure. Il m'a répondu « 21 heures ». Je savais que le docteur B., gynécologue, travaillait dans cette clinique, c'est lui qui avait suivi ma grossesse et m'avait accouchée. J'ai demandé à l'anesthésiste s'il travaillait toujours là, de manière à lui signifier que je connaissais un de ses confrères et qu'éventuellement, je pourrais me confier à lui. Mais ça a été sans effet : [...] Il a pris sa main et l'a posée sur son sexe et se frottait avec. Il a tiré l'élastique du devant de son pantalon vers le bas et a posé sa main directement sur son sexe. J'étais sidérée. Je voulais l'écrabouiller mais je n'avais aucune force dans la main. Pendant ce temps-là, il me caressait le bras, puis a passé sa main sous le « peignoir » qui n'était attaché dans mon dos qu'à un point et a attrapé mon sein droit. [...] J'ai passé une très mauvaise nuit pendant laquelle je n'ai pas fermé l'œil. J'avais très peur qu'il revienne pendant mon sommeil et qu'il profite de moi pendant que je dors ».*

Madame V. a saisi l'AVFT immédiatement après ces agressions. Je l'ai personnellement accompagnée lors de son rendez-vous post-opératoire avec le chirurgien, à qui elle a relaté ce qui précède. Il a eu pour seule réponse qu'il connaissait très bien son confrère avec qui il travaillait depuis des années, qu'il était au-dessus de tous soupçons, que c'était un très bon anesthésiste, que Madame V. avait probablement eu des hallucinations à cause des produits anesthésiants et, qu'en tout état de cause, il ne pouvait avoir été témoin de ce qui se passait de l'autre côté du champ opératoire. Fin de la discussion. Il n'a pas exprimé le moindre doute. Tout juste a-t-il concédé que de demander à Madame V. de retirer son soutien-gorge pour écouter les battements de son cœur au stéthoscope – Madame V. lui avait aussi relaté cela – n'était

pas absolument indispensable, sans que cela soit de son point de vue répréhensible. Mais il avait entendu Madame V. L'ennui, quand on est directement confronté à la parole des victimes – récits souvent emplis d'émotions, criants de vérité – c'est qu'on « risque » de les croire. Pour le chirurgien, il fallait donc trouver une explication qui le dispense de traiter Madame V. de menteuse. Il ne pouvait en invoquer de meilleure que les effets secondaires de l'anesthésie.

Madame C., quant à elle, a décidé de changer d'anesthésiste après une visite préopératoire pour une opération du genou :

*« Il a commencé par me faire asseoir en face de lui et s'est extasié sur mes beaux yeux. Il m'a parlé de sa fille qui devait avoir à peu près mon âge et qui faisait des études de médecine, je crois. Ensuite, je ne sais plus comment ce sujet est venu sur le tapis, il m'a parlé d'un polar qu'il lisait en ce moment (sûrement parce que je devais en avoir un encore à la main en sortant de la salle d'attente). Nous avons fait le questionnaire habituel sur les antécédents familiaux, les miens, ceux de mes parents, les possibles allergies etc. Ensuite, il m'a dit qu'après l'opération, il aimait bien rassurer les proches et m'a demandé si je souhaitais qu'il prévienne mon ami ou mon mari. Je lui ai dit que je n'en avais pas, il était tout étonné et m'a dit qu'il ne comprenait pas comment une fille comme moi pouvait être célibataire. Enfin, nous sommes passés à l'examen physique, j'ai gardé un haut léger à bretelles et j'étais en culotte, il a caressé mes jambes, puis connaissant mes antécédents médicaux et sachant que j'avais une cicatrice au-dessus du pubis ressemblant à une cicatrice de césarienne, il m'a demandé de baisser le haut de ma culotte pour la voir, il l'a touchée et il a dit qu'elle était belle et nette. Ensuite, il m'a conseillé de m'épiler également sur cette zone, que ce serait plus joli. Il m'a ensuite fait relever mon haut pour voir mon dos, qu'il a caressé également, et m'a fait remarquer que j'avais un petit bouton. Sur le moment, je me suis juste dit 'dis donc, il est quand même gonflé'. Ce n'est qu'après que j'ai pris conscience que cette consultation avait été traumatisante, qu'il avait immédiatement visé un point faible et qu'il était potentiellement dangereux. Avant l'opération, j'ai appelé la clinique pour changer d'anesthésiste, cela semblait poser un gros problème au secrétariat, on m'a demandé pourquoi, j'ai dit que la consultation avait été assez « particulière » et que je n'avais pas eu un bon contact avec lui. La personne au bout du fil m'a répondu que ce médecin avait un humour particulier et un franc-parler et qu'il ne fallait pas se formaliser pour cela. J'ai dû insister en disant qu'il avait eu des propos et des gestes déplacés à mon encontre et que je n'avais aucune envie de me faire endormir par cet homme. À nouveau, on m'a répondu que cela poserait problème car à la date d'intervention prévue il était le seul anesthésiste disponible, j'ai donc répondu 'Pas de*

problème ! On décale la date de l'opération'. Après, au centre de rééducation, j'ai croisé beaucoup d'hommes qui avaient subi la même intervention que moi, je leur ai demandé de me raconter leur rendez-vous avec l'anesthésiste... tous avaient gardé leurs vêtements».

*De la grande difficulté pour les victimes de trouver des médecins pour faire constater leurs blessures ou leurs psycho-traumatismes*

Cette réalité participe du sentiment d'impunité des médecins qui agressent : ils peuvent parfois compter sur le silence complice de leurs confrères pour compromettre le dévoilement des violences. Or, l'un des premiers, sinon le premier interlocuteur des femmes victimes de violences est le médecin.

Une femme secrétaire médicale, qui avait saisi l'AVFT pour des agressions sexuelles commises à son encontre par son employeur, médecin de campagne exerçant à son domicile, avait eu toutes les peines du monde à faire médicalement constater les blessures qu'il lui avait infligées (notamment des brûlures dans le dos parce qu'il l'avait poussée contre la porte brûlante d'un four au moment où elle se rebiffait), dès lors qu'elle révélait l'identité de l'agresseur. Aussi bien le médecin du travail que les autres médecins généralistes de ce département rural avaient refusé d'établir un certificat médical, alors qu'ils n'en avaient déontologiquement pas le droit.

Nous observons régulièrement cette conception de la confraternité quand les femmes mettent en cause des professionnels de santé et avons à plusieurs reprises reçu les doléances de femmes victimes de violences conjugales, épouses de médecins, confrontées aux refus des confrères (et consœurs) de leurs maris de leur remettre un certificat médical. Sans doute s'agit-il d'une interprétation quelque peu extensive de l'article 56-3 du Code de déontologie médicale, qui dispose que « *Les médecins se doivent assistance dans l'adversité* ».

*De l'inertie des employeurs de ces médecins*

Dans les dossiers ouverts à l'AVFT, nous avons pu observer que les médecins mis en cause travaillaient pour des centres de santé, de rééducation, dans des hôpitaux... Quand ils n'exercent pas en libéral, ces médecins ont donc des employeurs, qui ont souvent gravement failli à leurs obligations. En cela, ils ne diffèrent pas vraiment des employeurs que l'AVFT « croise » dans sa pratique : ils ferment les yeux et protègent l'agresseur.

Pour exemple, le centre de rééducation fonctionnelle de Beaulieu à Rennes, informé des violences sexuelles commises par un rhumatologue sur des patientes mineures, se contente dans un premier temps de ne rien faire. Des années plus tard, auditionné par la police, ce médecin déclare spontanément associer le nom de la plaignante à une lettre dans laquelle elle lui

reproche des « *gestes déplacés* ». Il affirme également avoir transmis cette lettre au directeur du centre en ces termes : « [...] *Dans la fondation où je travaillais, j'avais un supérieur hiérarchique, mon référent à la direction générale à Paris. Je l'avais contacté le jour même de la réception du courrier. Nous avons fait le point sur le contenu. Je lui avais faxé cette lettre. Il avait dû prendre contact avec l'avocat de la fondation, maître HA. Elle m'avait conseillé de ne rien faire et j'ai suivi ses conseils. J'avais également montré ce courrier au directeur de l'établissement à Beaulieu.* »

La première réaction des responsables du centre – qui n'ont jamais pris contact avec la victime ni répondu à la lettre qu'elle a envoyée au directeur du centre en cours de procédure – a donc été de consulter une avocate... pour conseiller l'agresseur.

Par la suite, ce rhumatologue a commis des violences sexuelles sur deux nouvelles patientes. La première agression aurait évidemment justifié qu'il soit licencié sur le champ, mais le centre l'a suspendu pendant un an et à sa reprise s'est, semble-t-il, contenté de lui imposer qu'il soit assisté pendant ses examens médicaux, dispositif dont nous pouvons en plus douter qu'il ait été appliqué tant il est contraignant. Du reste, comment un médecin pourrait-il expliquer à ses patientes et/ou à leurs parents la raison pour laquelle il ne peut se retrouver seul pour une auscultation ou un soin ?

Autre exemple : une jeune femme fréquentait un centre de radiologie parisien. En la positionnant en vue de la radiographie, le radiologue en érection se frotte contre elle et peut également lui toucher la poitrine ou les fesses. Elle s'en est immédiatement plainte auprès des assistantes, qui lui ont dit « *Il est comme ça, il y a déjà eu des plaintes* » et l'ont mise en relation avec d'autres patientes du centre. Rendez-vous pris avec la directrice du centre, celle-ci a confirmé avoir reçu des plaintes à plusieurs reprises mais avoir estimé, « *contrairement à cette nouvelle plainte* », qu'elles ne pouvaient être sérieuses. Ainsi, ce médecin radiologue agressait-il depuis des années ses patientes en toute impunité, puisque sa hiérarchie avait opposé une fin de non-recevoir aux plaintes des patientes.

Dans ces deux cas, l'enquête de police ou les entretiens que les victimes ont eus avec les responsables ont révélé que l'existence de ces violences était sue, parfois depuis longtemps, et tue.

À propos du centre de Beaulieu, un arrêt de condamnation du rhumatologue par la Cour d'appel de Rennes relève : « *L'enquête a permis d'enregistrer d'autres doléances de cette nature. Certaines d'entre elles ont été recueillies par Mesdames N. et L., qui exercent au centre en qualité de kinésithérapeutes, auprès de qui des jeunes filles étaient venues se plaindre des agissements du prévenu* ».

Nous pourrions multiplier ces exemples à l'envi.

## De l'inertie du Conseil de l'Ordre des médecins

La loi confère à l'Ordre des Médecins « *le devoir de veiller au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et au respect, par tous les médecins, des principes du code de déontologie médicale* ». Ce principe est édicté à l'article L4141-2 du Code de santé publique<sup>13</sup>. Ce même article dispose que le Conseil de l'Ordre assure « *la défense de l'honneur [...] de la profession médicale* ».

Compte tenu du positionnement du Conseil de l'Ordre dans quelques « affaires » de violences sexuelles commises par des médecins, il est permis de se demander dans quelle mesure la « *défense de l'honneur* » des médecins mis en cause pour des violences sexuelles ne prime pas sur le « *maintien des principes de moralité et de probité* » dans l'exercice de la médecine.

Le procès pour les viols commis par le docteur Hazout à l'encontre de ses patientes a été le récent révélateur d'un naufrage déontologique et ordinal. Le 29 octobre 2012, la Cour administrative d'appel de Paris avait condamné le Conseil Départemental de l'Ordre en considérant que son « *inertie fautive avait fait perdre toute chance aux patientes d'échapper aux agressions sexuelles du docteur André Hazout* ».

En dépit de cette condamnation, le Conseil de l'Ordre avait osé se constituer partie civile devant la Cour d'assises de Paris, tentant de camoufler sa responsabilité à l'égard des victimes en se faisant passer lui-même pour victime des agissements du gynécologue. La colère des parties civiles avait (enfin !) abouti, en cours d'audience, au *mea culpa* du représentant du Conseil de l'Ordre : « *Je suis personnellement effondré de voir un dossier comme celui-là. Je ne peux pas comprendre ce qui s'est passé. Ce que je peux vous dire, c'est que depuis 2008, nous avons tout mis en ordre pour que de tels faits ne se reproduisent pas* » (Robert-Diard, 2014).

En tout état de cause, comment un groupe de pairs pourrait-il juger et sanctionner en toute indépendance ? Comment une corporation pourrait-elle ne pas être... corporatiste ? Comment ne pas systématiquement suspecter le Conseil de l'Ordre de juguler les plaintes, les mettre en sourdine et permettre la déjudiciarisation des fautes des médecins, y compris les plus graves ? Cette « justice » exorbitante du droit commun ne répond d'ailleurs aucunement aux exigences de procès équitable posées par l'article 6 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme<sup>14</sup>.

Ces critiques ne sont ni nouvelles ni récentes, et concernent d'ailleurs toutes les formes de justice ordinale (Ordre des avocats compris). C'est l'évidence, le Conseil de l'Ordre ne peut être un organe fiable pour ce qui

est de la sanction des médecins qui agressent sexuellement leurs patientes. Son existence ne peut donc pas non plus faire office de prophylaxie aux violences sexuelles exercées par les médecins.

Cette réalité est à rapprocher des efforts que déploient certains Conseils départementaux pour juguler, décourager voire menacer des médecins jugés trop militant·e·s quand ils/elles établissent leurs certificats médicaux en matière de violences faites aux femmes.

Tous ces éléments forment un terreau favorable à l'abus de pouvoir et donc à la commission de violences sexuelles sur des patientes.

Mais ce constat ne serait pas complet si nous n'évoquions pas le substrat culturel particulièrement misogyne du secteur médical. En témoignent la présence de fresques pornographiques dans les salles de garde (AVFT, 2011), les efforts déployés par la ronflante «association de préservation du patrimoine des salles de garde» qui cherche à les faire classer pour empêcher leur disparition et l'agressivité qui se déploie à l'encontre de celles qui les dénoncent<sup>15</sup>. En témoignent également les violences sexuelles commises sous couvert de «bizutage». En témoignent encore les justifications<sup>16</sup> apportées par nombre de médecins à la pratique de touchers vaginaux effectuées par des étudiants en médecine sur des patientes sous anesthésie générale qui n'y avaient pas préalablement consenti, suite à la publication d'une tribune (de Bort, Kammerer *et al.*, 2015) le dénonçant et qui rappelait à juste titre que ce geste constitue juridiquement un viol. Guy Vallencien, professeur de médecine et membre de l'Académie de médecine, a déclaré, à propos des étudiant·e·s en médecine refusant de «s'entraîner» sur des patientes endormies sans leur consentement, qu'ils étaient des «*mal baisés*» (Lorriaux, 2015).

Ainsi, pour ces futurs médecins, le message est-il clair: le consentement n'est pas un pré-requis à la pénétration d'une femme.

## Notes

- 1 Rien ne dit qu'elle avait féminisé son titre...
- 2 À rapprocher notamment de l'expérience de Stanley Milgram.
- 3 [Ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion814.page](http://ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion814.page).
- 4 [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr).
- 5 Dans sa version originale, modifiée depuis : « *Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire ou corrupteur et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves* » (!).
- 6 D'où l'existence du CLASCHES - Collectif de lutte antisexiste contre le harcèlement sexuel dans l'enseignement supérieur.
- 7 Enquête « visite à domicile » de l'Union Régionale des médecins libéraux d'Ile-de-France.
- 8 Notamment le docteur Gilles Lazimi, médecin généraliste. Voir Lazimi, 2012.
- 9 Le Collectif Féministe Contre le Viol était partie civile.
- 10 Notons au passage qu'est admis comme étant « notre vie de femme » le fait d'avoir des relations sexuelles avec pénétration vaginale, avec des hommes s'entend.
- 11 Peut-être à tort. Certains médecins considèrent qu'une grande partie des touchers vaginaux, acte particulièrement invasif et parfois douloureux, spécialement pour des patientes ayant été victimes de viol, pourraient être évités. Les frottis cervicaux pourraient par exemple être réalisés en auto-prélèvement par les patientes.
- 12 La loi du 10 mars 2004 a porté à 20 ans après la majorité le délai de prescription des viols sur mineur·e·s et agressions sexuelles par personne ayant autorité, pour les victimes d'agissements qui n'étaient pas encore prescrits au moment du vote de la loi.
- 13 Cet article concerne également l'Ordre des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes.
- 14 « L'article 6 est applicable, sur la même base, aux procédures disciplinaires menées devant des organes corporatifs et dans lesquelles le droit de pratiquer une profession se trouve en jeu », cf. Guide sur l'article 6, droit à un procès équitable (volet civil), publié par la CEDH.
- 15 Voir les messages menaçants et pornographiques adressés par des médecins à Anne-Cécile Mailfert, ex-présidente d'Osez Le Féminisme, qui a d'ailleurs porté plainte.
- 16 Florilège lu dans la presse ou sur des blogs médicaux : « Demander leur consentement constituerait un accès de pudibonderie », « Si on leur demande leur accord, le problème, c'est qu'elles risquent de refuser », « Il faut bien apprendre... », « On ne risque pas de leur faire mal parce qu'elles sont endormies et donc parfaitement détendues », « de toute façon elles n'en sauront rien et ne s'en souviendront pas »

## Bibliographie

- AVFT, *Pornographie, patrimoine culturel hospitalier ?*, 2011, [article en ligne] : [http://avft.org/rubrique.phpvar\\_mode=recalcul&id\\_rubrique=84&jour\\_pub=2011-01-28](http://avft.org/rubrique.phpvar_mode=recalcul&id_rubrique=84&jour_pub=2011-01-28)
- de BORT, C., KAMMERER, B., et al., *TRIBUNE : Plus jamais de toucher vaginal sur patientes endormies sans consentement préalable*, 6 février 2015, [article en ligne] : <http://10lunes.com/2015/02/tribune-plus-jamais-de-toucher-vaginal-sur-patientes-endormies-sans-consentement-prealable/>
- CHICHE, R., *Enquête sur les mandarins de la médecine*, 2013, Paris : Les Éditions du Moment.
- HENRION, R., *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé*, La documentation française, février 2001.
- LAZIMI, G., *Détecter et prendre en charge*, communication présentée à la journée « Violences sexistes et sexuelles, l'enjeu de la formation des professionnels », Université Paris 4 Sorbonne, Vendredi 23 novembre 2012, [article en ligne] : <http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/11/PP-GILLES-LAZIMI.pdf>
- LORRIAUX, A., *Les touchers intimes sans consentement ne sont pas réservés aux CHU*, slate.fr, 26 octobre 2015, [article en ligne] : <http://www.slate.fr/story/108351/touchers-vaginaux-sans-consentement-prive-institut-montsouris>
- Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002.
- PELLOUX, P., SOUSSY, A. et FONTANEL, M., *Définition d'un protocole national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes victimes de violences*, juillet 2014, [article en ligne] : <http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2014/11/Rapport-Protocole-violences-femmes.pdf>
- PELLOUX, P., *Le silence du sexisme, La règle du jeu*, 20 avril 2011, [article en ligne] : <http://laregledujeu.org/pelloux/2011/04/20/le-silence-du-sexisme/>
- ROBERT-DIARD, P., Procès Hazout : le conseil de l'ordre des médecins présente ses « excuses » aux plaignantes, *Le Monde*, Chroniques judiciaires, 18 février 2014, [article en ligne] : <http://prdchroniques.blog.lemonde.fr/2014/02/18/proces-hazout-le-conseil-de-lordre-presente-ses-excuses-aux-plaignantes/>
- RORH, C., *Le cri et le silence*, Paris : XO, 2013.
- SALMONA, M., *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris : Dunod, 2013.
- WINCKLER, M., *Armer les patients contre ceux qui les maltraitent est une obligation morale du professionnel de santé (Réponse à Borée)*, 7 octobre 2011, [article en ligne] : <http://www.martinwinckler.com/spip.php?article1071>



## **Santé sexuelle et VIH/sida, un combat aussi pour les communautés du monde arabe**

*Alicia Arbid et Khadija Ounchif*

La sexualité fait partie de nous, de notre enfance à notre vieillesse, mais elle est malheureusement principalement définie par les sociétés et par les cultures dans lesquels chacun·e s'inscrit. Dans le secteur de la santé, certain·e·s professionnel·le·s expriment leurs difficultés à gérer cette diversité culturelle dans les relations de soins.

Dans ce cadre, la sensibilisation à la santé sexuelle et affective et au VIH/sida est d'autant plus primordiale. Parler des IST et plus particulièrement du VIH/sida permet d'éviter de rentrer dans des problèmes de santé non négligeables. Sortir des clichés, de la peur, de la honte et des traditions néfastes, s'adapter à la société dans laquelle on vit sans oublier pour autant celle d'origine...

Face à ces questions, Khadija Ounchif, assistante sociale au CETIM (Centre d'étude et de Traitement de l'Immunodéficience) du CHU Saint Pierre –le principal centre de référence de Belgique pour le VIH/sida– et administratrice d'AWSA-Be (*Arab Women's Solidarity Association-Belgium*), milite pour mobiliser et inclure aussi les communautés originaires du monde arabe, plus particulièrement les femmes. Se sentir bien dans son corps et bien dans sa tête : un défi sur le long terme, un travail quotidien.

Khadija Ounchif a deux grandes priorités : les personnes séropositives et les femmes, principalement celles originaires du monde arabe. Des engagements qui s'entrecroisent et pour lesquels elle adopte toujours une approche positive. Elle veut, en effet, contribuer à une meilleure qualité de vie et au maintien de l'autonomie tant pour des personnes séropositives que pour des femmes originaires du monde arabe afin que celles-ci soient actrices et responsables de leurs vies, de leur santé et de leurs choix.

Elle nous explique les enjeux au travers de son parcours engagé...

*«J'ai commencé, en 1994, à travailler sur les questions d'EVRAS (Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle) et du VIH/sida auprès d'un public issu de la communauté subsaharienne : des jeunes en formation professionnelle et technique et des femmes en cours d'alphabétisation. À l'époque, l'association pour laquelle je travaillais, Sireas, avait fait le choix de travailler avec les publics dits « vulnérables » (demandeurs d'asile, illégaux, étudiants étrangers, public vulnérable en termes de langues, migrations, problèmes socioéconomiques...) pour leur donner l'information et mener un travail de prévention pour la réduction du risque par rapport au VIH et aux IST (infections sexuellement transmissibles).*

*Je trouvais que nos actions et interventions étaient limitées par les sub-sides qui donnent une priorité à la communauté subsaharienne, très touchée par le VIH. Très vite, j'ai marqué mon indignation par rapport à cette discrimination vis-à-vis des autres communautés (maghrébine, turque...). Les politiques n'estimaient pas nécessaire de faire un programme de prévention pour ces autres publics. C'est dans ce contexte que j'ai milité et travaillé pour mettre en place des programmes pour les inclure aussi. Ce ne fut pas chose facile...*

*Principal obstacle : les réticences des associations d'éducation permanente et d'alphabétisation travaillant essentiellement avec des personnes d'origine maghrébine et turque. Les professionnels ne percevaient pas la nécessité de parler de sexualité et encore moins du VIH/sida avec leur public. On me rétorquait : « notre public est musulman, avec des femmes mariées et n'est donc pas concerné » ou encore « un tel sujet va les faire fuir » et ce n'était malheureusement pas un discours isolé. Les écoles professionnelles et techniques aussi éprouvaient des difficultés à l'idée d'aborder cette thématique.*

*Sous prétexte que les jeunes filles musulmanes ne peuvent pas avoir de relation sexuelle hors mariage, le sujet était classé inopportun et vu comme un grand tabou pour les directions d'écoles. J'ai pu, cependant, compter sur quelques professeurs courageux pour accepter une animation sur le sujet...*

*Il a donc fallu d'abord convaincre, dans un premier temps, les intervenants de ces institutions avant d'accéder au public que nous voulions toucher. Une fois cette barrière dépassée, nous avons constaté que non seulement ce public a besoin d'information mais que surtout il est très intéressé par les questions de santé en général et de santé sexuelle et affective en particulier.*

*C'est ainsi que l'aventure a commencé : parler de la transmission des IST en abordant la sexualité. On m'a très vite demandé le rapport entre les deux. J'ai réalisé que ce concept était difficile pour ces femmes et ces jeunes*

*et qu'ils ne faisaient pas systématiquement le lien entre sexualité et IST. Nous avons mis en place différents modules d'interventions, en plusieurs séances pour commencer par le début : parler de l'anatomie et des organes génitaux de l'homme et de la femme, expliquer leurs fonctionnements, les différents cycles, la reproduction et comment les maladies peuvent transmettre. Ce qui nous amène à aborder les différentes IST, leurs symptômes et les traitements possibles. Nous travaillons aussi sur le niveau relationnel et sur les questions de genre et santé : les rôles et relations hommes/femmes, la relation entre patient-e-s et les professionnel-le-s de la santé...*

*Durant 13 ans, nous avons sillonné Bruxelles et la Wallonie à la rencontre des associations et du public cible mais aussi pour donner des formations à l'approche culturelle aux différents intervenants : médecins, éducateurs, psychologues...*

*Après 15 ans de combat, j'ai enfin pu trouver, en 2006, une association, qui accepte de mettre cet axe en avant et de militer sans tabous sur les questions de sexualité et de relation affective : AWSA-Be...».*

### **AWSA-Be, une association sur plusieurs fronts**

*Arab Women's Solidarity Association-Belgium (AWSA-Be) est une association d'éducation permanente, laïque, féministe, mixte et indépendante, regroupant des hommes et des femmes de toutes origines.*

Les objectifs d'AWSA-Be sont d'une part, de promouvoir les droits des femmes originaires du monde arabe et l'amélioration de leur condition tant dans leur pays d'origine que dans leur pays d'accueil, qu'elles soient primo-arrivantes ou issues de la deuxième voire troisième génération et d'autre part, de créer des ponts entre les différentes cultures.

Les activités d'AWSA-Be s'organisent autour de plusieurs axes : la sensibilisation à l'égalité, aux droits des femmes et aux droits sexuels et reproductifs, la promotion de l'interculturalité ainsi que la valorisation des femmes et des cultures du monde arabe. Ses activités sont variées et visent un public très large : femmes et hommes, de tous âges et de toutes origines, arabe, belge ou autres.

Par ses actions multiples et son plaidoyer, AWSA-Be favorise l'*empowerment* principalement des femmes originaires du monde arabe, pour les encourager à participer activement à tous les domaines de la vie privée et publique et à s'affranchir de toute domination sociale, politique, économique ou religieuse. Il s'agit aussi de promouvoir une solidarité entre femmes à tous les niveaux et de développer une compréhension des problèmes rencontrés pour plus de dialogue et de rapprochement entre les communautés.

AWSA-Be encourage les femmes à prendre leur destin en main et leur montre des modèles féminins de réussite tant arabes qu'occidentales. Ses actions, activités et outils permettent de se rendre compte des problèmes rencontrés par les femmes ainsi que de l'importance de la mobilisation et du rôle actif qu'elles jouent au sein de leur société d'accueil ou d'origine.

AWSA-Be veut bousculer les schémas de comportements traditionnels, faire conscientiser et adhérer aux valeurs d'égalité. Elle s'adresse à toutes les femmes et fait référence autant aux combats des féministes européennes que ceux des féministes des pays du monde arabe. Ce qui signifie conscientiser aussi les femmes originaires du monde arabe sur leur responsabilité à perpétuer des valeurs patriarcales ou d'inégalité, par exemple dans l'éducation de leurs enfants, ou encore de véhiculer des clichés sur leur pays d'origine ou sur elles-mêmes. La lutte contre les clichés sur les femmes du monde arabe est au cœur même de nos missions, pour pallier à la méconnaissance de ces femmes, de leur propre culture et de celles des autres.

AWSA-Be s'adresse également aux hommes car l'égalité n'est possible que s'ils sont impliqués dans le débat et qu'ils prennent conscience également de leur responsabilité face aux inégalités.

## Un partenariat stratégique pour la santé

Depuis 2006, AWSA-Be travaille en partenariat avec le CETIM, le service des maladies infectieuses de l'Hôpital Saint-Pierre. AWSA-Be veut sensibiliser la population d'origine arabe, et principalement les femmes, aux questions de santé sexuelle et affective – donc ce qui implique aussi le bien-être et l'épanouissement personnel – et notamment au problème du VIH/sida, aux violences faites aux femmes et à leurs droits.

Cela répond à un besoin étant donné qu'il existe peu d'outils en santé communautaire destinés à un public originaire du monde arabe peu ou pas scolarisé et présentant plusieurs vulnérabilités (langue, représentation religieuse ou traditionnelle, contrôle communautaire...). L'objectif de ses « actions santé » est de renforcer les échanges de pratiques et de savoirs entre le Sud et le Nord en matière de santé et de lutter ensemble contre les stéréotypes et discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH.

La création d'outils complète ces échanges et permet de vulgariser et de rendre accessibles à tous et toutes les débats autour de la santé.

Le fait de travailler comme assistante sociale au CETIM sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH m'a permis de renforcer aussi l'action d'AWSA-Be sur la relation entre « la/le soignant·e » et « la/le soigné·e ». En effet, nous devons travailler avec les « deux protagonistes » afin de lutter contre les tabous et les exigences des patient·e·s qui sont

parfois contre-productives. Il s'agit aussi de rendre aux professionnel·le·s leur légitimité et leurs compétences, en les libérant des fausses croyances pour les encourager à considérer leurs patient·e·s en tant qu'adultes responsables et non comme des victimes des principes religieux ou traditionnels, qui sont d'ailleurs très souvent obsolètes.

Nous formons ainsi les professionnel·le·s de la santé (plannings, maisons médicales, gynécologues des hôpitaux, intervenant·e·s des associations, médiateurs et médiatrices culturel·le·s) pour créer un effet boule de neige et toucher, à nouveau, un maximum de personnes.

### Dépasser les barrières religieuses et responsabiliser

Au travers de nos outils (le coffret santé sexuelle et affective par exemple), de nos formations, de nos ateliers, de nos interventions (passages à la radio *Arabel*, visites spécifiques dans des centres de santé, campagnes de prévention...) et de nos analyses (par exemple notre publication *Sexualité, genre et Islam*), nous visons à encourager les personnes originaires du monde arabe à s'informer davantage et à briser les tabous, le silence et les préjugés qui entourent la sexualité au sein de leur communauté et à encourager le respect et la responsabilité pour soi et dans les relations amoureuses.

L'enjeu est aussi d'éviter les pièges religieux et/ou traditionnels qui vont à l'encontre du bien-être et de la santé des femmes et qui empêchent une qualité de soin. Les femmes migrantes sont déjà « prisonnières de leur éducation ». Leur « rôle » étant très souvent de s'occuper des autres (parents, mari, enfants...), leur santé n'est donc pas perçue prioritairement et la prévention encore moins.

D'où notre travail d'*empowerment* pour renforcer leur estime de soi, valoriser leur intelligence et leur force, les encourager à s'informer et à oser poser des questions à leur médecin...

Ainsi, il nous aura donc fallu une vingtaine d'années de lutte contre un paternalisme exacerbé pour dépasser les refus catégoriques de la part des différents intervenant·e·s et pour agir directement sur le terrain auprès des publics originaires du monde arabe.

Nous progressons par la persévérance, le dialogue, la création d'outils pédagogiques.

Nous partons de la base et nous remontons vers le haut, nous évoluons petit à petit jusqu'à une vraie rencontre entre « soignant·e et soigné·e »... Nous valorisons les acteurs et les actrices de la santé et les encourageons à affirmer leurs compétences, à refuser les traditions qui enferment et empêchent le bien-être mental et physique pour tous mais tout en respectant les valeurs

qui font avancer. Car la force de nos actions est principalement basée sur le respect des uns et des autres, sur la détermination de faire valoir ses droits mais aussi d'accepter ses devoirs...

**Plus d'infos :**

- [www.awsa.be](http://www.awsa.be)
- [www.facebook.com/awsabe](http://www.facebook.com/awsabe)

## **Domination masculine et violences faites aux femmes en milieu totalitaire psychiatrique**

*Frédérique Herbigniaux*

### **De la difficulté du témoignage**

Il nous semblait important d'évoquer nos difficultés à écrire les conclusions de notre observation. Bien décidée à témoigner de notre vécu et de notre analyse, le conditionnement patriarcal et institutionnel nous ont souvent conduite à postposer l'écriture de cet article. Nous la jugions inutile, voire « exagérant » une réalité pourtant véridique. Comme pour toute auteure qui dénonce des violences, la part colonisée en nous à été difficile à vaincre. À grands coups de « *Tu exagères, ce n'était pas si grave* » et de « *Ces gens t'ont aidée, comment peux-tu dénoncer des problèmes ?* », notre inconscient a tenté indéniablement de faire échouer ce projet à plusieurs reprises. Mais la volonté de témoigner est restée la plus forte. Car *dire c'est faire* (Austin, 1970), et le « dire » reste une des armes de combat performatives contre la société patriarcale, l'institution totalitaire et leurs mécanismes de violence. La difficulté intense d'oser poser les mots sur les violences vécues est un frein aux témoignages des femmes, que ce soit en milieu psychiatrique ou ailleurs. Comment dire et raconter ce qui ne se dit pas, ne se nomme pas. Et surtout, comment oser « trahir » une institution qui nous a aidée à guérir ? La loyauté à l'institution fût le frein psychologique le plus difficile à dépasser. Mais la mise en perspective sociologique et féministe de notre vécu nous a permis de témoigner sereinement et légitimement.

Au cours de nos douze mois passés en milieu psychiatrique, de nombreuses patientes se sont confiées à nous en n'osant mettre les mots sur leur vécu douloureux au sein de l'institution. Nous les aidions à poser les mots sur leurs maux et cela les soulageait énormément. Les grandes douleurs sont muettes lorsqu'elles sont muselées par une institution qui

ne permet pas de les dire, tout en forçant les patients à fréquenter des ateliers psychothérapeutiques où il leur est recommandé d'exprimer leurs ressentis. Le *double bind* (Wittezaele, 2008) quotidien est extrêmement difficile à endurer. Au bout de quelques mois, l'esprit se brouille. Il faut arriver à faire le vide et à se recentrer pour ressentir ses propres émotions car les soignants les dénigreront. Porter la parole de ces femmes recluses nous paraît dès lors crucial. Peu osent en parler même à la sortie, de peur du jugement, de la critique et de la culpabilisation. Nous parlerons donc en leur nom pour que cessent ces violences intolérables dans un milieu censé soigner les individus.

Ce texte est le fruit d'une « participation observante » involontaire qui a duré douze mois. Nous avons ainsi passé cinq mois dans l'unité des « dépressifs », quelques semaines dans l'unité de jour, et ensuite six mois environ dans l'unité de semaine. Ce changement nous a permis de confirmer la plupart de nos observations. De fréquentes visites au pavillon « des addictions » ont également fait partie de nos recherches. Les logiques sociales décrites ici ne sont pas liées à une unité ou une autre de l'hôpital, elles sont à l'œuvre partout à l'intérieur de l'établissement. Nous ne nommerons jamais l'institution où nous avons séjourné car nous n'en voyons pas l'utilité. Les patientes rencontrées nous ont confié vivre des choses similaires lors de toutes leurs hospitalisations en psychiatrie, peu importe l'établissement.

Nous écrivons en outre ce texte avec beaucoup d'espoir. Nous n'oublions pas les soignant·e·s et les patient·e·s qui nous ont aidée et soutenue, malgré la difficulté des contraintes institutionnelles. Nous gardons aussi l'espoir qu'en mettant des mots sur les faits souvent vécus comme normaux, les choses puissent changer pour les futures patientes reçues en institution psychiatrique. Car comme dans la violence ordinaire éducative, ces faits et cette violence sexuelle sont totalement intégrés comme normaux, ordinaires et immuables. Nous espérons que cet article permettra d'enlever ce caractère déterministe des violences sexistes en milieu psychiatrique.

### Quelques mots de méthodologie

Il est évident que notre observation n'a pas commencé les premiers jours de notre hospitalisation. Cependant, peu après avoir repris notre état de conscience normal, nous avons eu la certitude que ces observations devaient être rendues publiques. Chercheuse, sociologue, formée aux recherches sur le terrain et à l'ethnométhodologie, les compétences et *habitus* professionnels ont refait surface d'eux-mêmes. Au départ, nous avons lutté contre. Ensuite, c'est devenu notre moyen de résilience



pour supporter la destruction du Soi imposée par l'Institution. Dès nos premiers jours en tant que recluse, les mots d'*Asiles* d'Ervin Goffman (1968) nous ont aidée à supporter les conditions de détention. De par le terrain imposé, nous avons employé la méthodologie ethno-sociologique afin d'organiser nos observations. D'autant plus que ce sujet avait été traité en 1968 et qu'une mise à jour des données pouvait être intéressante. Et surtout, nous pouvions apporter notre éclairage féministe aux mécaniques de l'institution.

La méthode socio-ethnologique oblige le chercheur à se placer dans la position de l'individu de la collectivité étudiée, de manière à prendre en compte ses propres implications dans la stratégie de recherche. Il faut acquérir une vue intime du monde social particulier étudié : partage d'un langage commun, des mêmes activités. Le chercheur doit infiltrer le terrain, voir les choses comme le sujet étudié les voit, les pense, tout en pouvant en ressortir et voyager librement entre le vécu et l'analyse. Ce que nous avons pu faire de manière aisée. Comme le précise Coulon, « *l'ethnologue doit trouver les moyens d'être là où il a besoin d'être, de voir et d'entendre ce qu'il peut, de développer la confiance entre lui et les sujets* » (Coulon, 1987). Au vu de la situation, nous nous trouvions idéalement placée, totalement immergée par notre terrain, ayant la confiance de nombreux patients, et dès lors en mesure de comprendre les actions des acteurs sociaux observés quotidiennement. Notre formation de sociologue nous permettait de prendre la distance nécessaire pour voyager dans le terrain sans (trop) d'encombres. Internée pour dépression, nous avons été considérée comme une simple patiente par l'ensemble du personnel.

Certains jugeront peut-être qu'il s'agit d'une recherche invalide par manque d'objectivité. Bien qu'elle n'ait pas été programmée, il s'agit de d'une vraie recherche partant d'une expérience empirique pour en tirer des conclusions. Nous avons en outre au maximum tenté de rester neutre concernant les observations et les conclusions tirées, bien que notre raisonnement soit biaisé, forcément, par notre appartenance à la classe des reclus et aux affects liés. Mais cette particularité comporte aussi un avantage. Pour une fois, la chercheuse n'a pas été traitée comme telle mais comme toute autre malade, et a pu donc voir au mieux et au plus proche les logiques sociales à l'œuvre, sans fard. Ainsi, *Asiles*, tout comme cet article, est écrit du point de vue des internés, à partir du cadre de référence qui leur est propre, comme tout livre d'ethnologie qui « *rend justice à la culture étrangère en refusant de la défigurer par les indignations ou les rationalisations de l'ethnologue* » (Castel 1968 : 10). Nous dégagerons donc ici, à partir d'une expérience sur le terrain, les logiques structurales qui émergent de l'institution totalitaire qu'est l'hôpital psy-

chiatrique. Concernant nos affects, pourrions-nous même les éradiquer totalement de cette recherche, les faits de violence psychologique et physique sont présents. Nous ne les avons pas inventés car nous n'y avons même pas pensé au préalable. Viols, humiliations, insultes, isolement, il s'agit d'événements qui ont eu lieu, souvent devant plusieurs témoins. Si la souffrance morale est peu mesurable, la souffrance physique nous paraît plus objectivable et elle l'a été, à de nombreuses reprises.

Les discours concernant les soins de santé mentale et les institutions psychiatriques sont très souvent issus des médecins, psychiatres et autres soignants. Rarement du point de vue des patients. Et quand ils le sont, ils sont disqualifiés. Pourtant, ce discours est très important afin de comprendre et de mettre au jour les contraintes institutionnelles et les cadres de l'interaction entre soignants et patients. Ce type de recherche permet aussi de faire sortir du cadre « thérapeutique » des comportements définis comme liés à la maladie par les soignants, alors qu'ils sont simplement des conduites d'adaptation aux contraintes et au cadre de vie totalitaire. Le discours ethno-sociologique, n'est pas antagoniste à celui des psychiatres, il lui est complémentaire pour un meilleur soin, et surtout un meilleur respect, du patient, et surtout des patientes. Notre but n'est ainsi pas de dénoncer les violences pour nous plaindre, mais pour rendre visible l'invisible en espérant que cela puisse servir à améliorer les soins apportés, en prenant en compte la dimension sexiste des violences de l'institution.

Dans cet écrit, nous définirons en premier lieu l'institution totalitaire, expliquerons ses méthodes violentes et nous nous concentrerons ensuite sur la violence vécue entre les patients. Car la violence institutionnelle n'est que la moitié de la violence à subir en hôpital psychiatrique. L'autre moitié, et souvent la plus forte, est celle vécue au cœur-même de la microsociété des reclus. Nous précisons d'ores et déjà que l'institution totalitaire psychiatrique violente tous les patients, peu importe qu'ils soient hommes ou femmes. La souffrance des hommes hospitalisés n'est donc pas niée. Elle existe et est tout aussi inhumaine. Cependant, les femmes ont à subir des violences supplémentaires et différentes des hommes au sein de l'institution. Comme dans la société globale, la violence, le sexisme et la domination masculine y règnent en maîtres, légitimés en outre par l'institution elle-même. Le but de notre article est dès lors de souligner les violences expressément vécues par les femmes en plus des violences générales infligées à tous les reclus. La majorité des patients (environ 75 %) présents lors de notre séjour étaient de sexe féminin. D'où l'importance d'un témoignage et d'une observation à visée féministe.

## Définition de l'institution totalitaire

L'institution totalitaire, qu'il s'agisse d'une prison, d'un hôpital psychiatrique, ou d'un couvent «*rassemble la plupart des traits structuraux des établissements spécialisés dans le gardiennage humain et le contrôle totalitaire de leur mode de vie : l'isolement par rapport au monde extérieur, la promiscuité entre reclus, la prise en charge de l'ensemble des besoins des individus par l'établissement, l'observance obligée d'un règlement qui s'immisce dans l'intimité du sujet et programme tous les détails de l'existence quotidienne, l'irréversibilité des rôles des membres du personnel et de pensionnaire, la référence constante à une idéologie consacrée comme seul critère d'appréciation de tous les aspects de la conduite*» (Castel, 1968 : 12). L'idéologie dominante dans un hôpital psychiatrique est celle de la guérison, jugée sur des critères propres aux soignants. A aucun moment il ne sera demandé au patient s'il se sent guéri ou quels sont les critères qui lui permettraient de juger de sa guérison.

Nous exposerons ici les méthodes de disqualification progressive à l'œuvre envers les reclus. Car ce sont bien ces méthodes qui permettent d'explicitier les conduites des patients bien plus que leur pathologie. C'est pourquoi nous rejoignons également Goffman sur le fait que «*faire la sociologie de l'hôpital, c'est restituer aux conduites des malades le sens spontané que l'interprétation psychiatrique commence par leur dérober, c'est prêter une voix au malade lui-même*» (Castel, 1968 : 22). Le malade est ainsi toujours moins fou qu'il n'y paraît lorsqu'est explicité le vécu quotidien dans l'institution au-delà des explicitations psychanalytiques et médicales. Ce à quoi, pourtant, les soignants se refusent obstinément de soustraire. Nous y reviendrons. La reconnaissance du vécu des patients mettrait à mal le sens même de l'institution totalitaire, car elle le considérerait alors comme agent social capable de réflexion et co-constructeur de sa guérison. Ce qui est totalement interdit dans ces endroits et non encouragé. L'individualité du patient est connotée négativement, le tournant vers sa maladie, car l'individu est le seul responsable de sa pathologie. Il faut donc le réhabiliter par l'asile «*qui se veut un espace social neutralisé au sein duquel peut se réinstaurer par la discipline un ordre nouveau annulant le désordre de la folie*» (Castel, 1968 : 26).

Avec un minimum de sens critique, il est dès lors simple de comprendre que les patients, soumis à une mortification et à une déstructuration de leur identité et de leur vie ainsi que de leurs droits fondamentaux, «*luttent avec leurs seules ressources pour survivre, sauvegarder un minimum de liberté et de dignité et glisser leur volonté de bonheur dans les failles d'une organisation qui n'est pas faite pour eux*» (Castel, 1968 : 23). La situation de malade place ainsi d'office le patient dans une situation de

riposte aux interdictions et à sa disqualification mortifère. Soulignons dès maintenant que tous les patients, hommes et femmes, sont soumis à cette mortification de l'individu et en souffrent tous. Cependant, les femmes en souffrent encore plus par des procédés qui relèvent de la société patriarcale, à l'œuvre dans cette institution comme partout dans la société. En effet, l'institution totalitaire s'inspire des valeurs à l'œuvre dans la société en les durcissant, puisqu'elles sont les moyens présumés de soin contre la folie. Le fou, en effet, comme dirait Foucault (1961), est quelqu'un qui a osé s'affranchir des normes et valeurs sociétales. Il est donc du devoir de l'institution psychiatrique de le remettre dans « le droit chemin ». Car le fou est dangereux pour la société puisqu'il dénonce l'inutilité profonde des ces fameuses normes.

L'institution totalitaire est donc à la fois « *un modèle réduit, une épure et une caricature de la société globale* » (Castel, 1968 : 30-31). L'étudier c'est donc aussi étudier les valeurs sous-jacentes à la société dans laquelle cette structure existe. Il faut faire rentrer le Fou dans le moule social pour que plus jamais il ne puisse le remettre en question et se réinsère sans faire de vagues. Comment l'institution totalitaire psychiatrique procède-t-elle ? Via divers procédés extrêmement violents : dépersonnalisation, mortification de l'être, disqualification des discours et des ressentis, qui sont autant de méthodes dictatoriales basées sur la terreur pour faire rentrer les « fous » dans « le droit chemin de la santé mentale ». Notre analyse féministe soulignera, en plus de cette violence commune infligée aux deux sexes, la violence supplémentaire infligée aux femmes.

### **Méthodes de mortification progressive d'un être humain à des fins jugées thérapeutiques**

#### *L'isolement et la coupure interne et externe*

La disqualification de l'être humain en hôpital psychiatrique se fait via différentes phases. La première est celle de l'isolement. Coupure externe du monde, interdiction d'avoir parfois même des contacts avec les proches. Mais surtout, coupure interne entre les soignants (demeurant des humains à part entière) et les patients (devenant des reclus). Immédiatement, nous sommes placée en situation de servitude et de dépendance au personnel. Celui-ci définit l'ensemble des normes, via une abolition totale de tous les privilèges d'une liberté normalement acquise (vêtements, horaires, permissions diverses, sorties). La domination est donc énorme, tant au plan symbolique que concret. Le patient intègre vite la servitude comme sa nouvelle identité. Dès l'arrivée en hospitalisation, nous comprenons que le discours officiel sur nous-mêmes sera tenu par les soignants, pas

par nous. Nous n'existons plus. La situation de pénurie dans laquelle nous nous trouvons est difficile à supporter. Dès l'arrivée, nous devons vider notre sac, donner tout : clés de voiture, médicaments, objets personnels. L'argent peut être gardé mais pas dans tous les pavillons. Nous nous retrouvons donc dans un endroit où nous dépendons entièrement du bon vouloir des soignants, avec des horaires minutés pour tout. Aucune liberté n'existe. Au départ cela ne nous choquera pas trop car l'état émotionnel est trop difficile à supporter. Mais plus nous commencerons à prendre conscience des choses, plus cet état de servitude deviendra intolérable.

Dans cette coupure interne, nous soulignons aussi ce que nous avons appelé « l'investissement » voir le « viol » de notre sphère privée, qui devient inexistante et non-respectée. Notre vie appartient totalement à l'institution et aux soignants. Tous les endroits sont publics, les chambres, les douches, les WC y compris. Et mixtes pour ces derniers par-dessus le marché. Ce viol symbolique de l'intimité est très difficile à vivre. L'institution totalitaire brise la frontière normalement établie entre la vie privée (nos besoins primaires tels dormir ou manger), la vie professionnelle et notre vie de loisirs. Nous n'avons plus le choix de rien et le privé n'existe pas. Même les consultations avec le psychiatre se passent devant toute l'équipe, avec gloussements et moqueries tolérés, alors que certaines personnes sont seulement aides-soignantes et n'ont aucune formation en psychiatrie. Nous verrons ainsi nos propos déformés et répétés à l'envi entre soignants. Notre vie privée n'est plus à nous. Les traitements sont également imposés à tous de manière unilatérale, sans s'interroger sur les réels besoins des individus ni sur l'efficacité de cette prise en charge collective. Nous comprendrons vite que l'équipe infirmière, malgré ses dires, n'est pas là pour soigner mais pour veiller à ce que le règlement totalitaire soit respecté et dénoncer toute « sortie » hors du rang. Il nous est souvent interdit d'avoir une aspirine sur nous... les soins de base doivent être confortés par un médecin... pour un médicament librement en vente en pharmacie... que de patients avons-nous vu malades et souffrant de douleurs n'ayant même pas droit à un simple antidouleur.

Entre reclus et soignants, nous constaterons vite que le fossé est infranchissable et ne peut jamais faire l'objet d'un rapprochement sous peine de grave sanction, symbolique ou réelle. Cela arrive parfois, bien sûr car beaucoup de soignants sont très humains, mais cela sera toujours sanctionné, sous prétexte de « transfert psychologique »<sup>1</sup>. Ainsi, notre psychologue comprenait très bien notre état de découragement face aux administrations et à la lourdeur des démarches pour notre maladie chronique (indépendant de la dépression). Mais le médecin psychiatre du pavillon (ne nous ayant jamais rencontrée !), avait déclaré que nous simulions nos

difficultés au vu de notre parcours universitaire et étions juste une hystérique. Pleine de courage, notre psychologue a donc outrepassé cette étiquette et a osé demander de l'aide... Nous fûmes toutes deux sévèrement tancées... et nous n'obtinrent que des punitions sévères et violentes de la part des assistantes sociales se sentant offensées. Notre étiquette dans l'institution s'empira et nous fûmes insultée à plusieurs reprises, traitée de «*menteuse, profiteuse, de cas social simulatrice, assistée qui profite du système depuis toute sa vie en institution, lâche, incapable, paresseuse...*». Les mois passés en institution nous avaient heureusement permis de surmonter cette épreuve en nous dissociant totalement de ce discours. Mais cela fût difficile et nous avons vu beaucoup de patients sombrer en dépression suite à ces violences verbales injustifiées... ou essayer de se tuer.

L'isolement, dans cette logique de coupure interne et externe, est prôné comme le moyen ultime de soin. Lorsqu'un patient se «révolte» (donc ose dire ses émotions), il est immédiatement envoyé en cellule d'isolement. Au trou ou au cabanon comme nous disions entre nous. Menace suprême qui nous fut formulée régulièrement. Nous avons déployé de larges stratégies pour cependant ne pas y aller en simulant la soumission. Nous avons cependant rencontré beaucoup de personnes y étant passées, pour une simple colère ou une tristesse ou encore un acte suicidaire (la logique nous échappera toujours sur ce point car en quoi isoler quelqu'un permet-il de soigner ses idées suicidaires ? Cela nous paraît davantage être une solution de facilité pour les soignants car il ne faut pas encadrer la personne). La cellule d'isolement est petite, aux murs blancs. Il y a juste un lit au milieu et une bouteille d'eau sans bouchon. Vous y êtes mis nus ou en sous-vêtements avec un tablier d'hôpital. Certains sont attachés au lit par «sécurité». Impossible de savoir l'heure ou de savoir quand on pourra sortir. Tant que les patients crient pour s'échapper ils ne sont pas libérés. Les longues heures de souffrance des jeunes enfermés en-dessous de notre chambre en sont l'exemple. Nous ne pouvons oublier ces cris d'horreur et d'appel à l'aide... Nous restons convaincue que l'isolement n'a jamais soigné quelqu'un. Au «mieux», il force le patient à se soumettre davantage et à se taire. L'enfermement peut durer un jour, une semaine, qui sait... surtout pas le patient.

Aussi incroyable que cela puisse paraître, nous avons observé que le personnel se sent toujours (ou manifeste ou simule le fait d'être) dans son bon droit, sûr de lui tandis que les êtres reclus se sentent dépossédés de leur être, coupables (même sans avoir rien fait), et faibles, déçus de leurs droits fondamentaux. Les infirmières jouent aussi rôle de filtre de leurs discours, en allant raconter ensuite au psychiatre ce qu'elles veulent bien sur le patient. Sa parole est dénaturée en permanence. Systématiquement,

nous sommes tenus dans l'ignorance des décisions qui nous concernent. Et nous n'avons nulle part où parler. Le groupe AA deviendra ainsi le seul lieu de liberté de parole sécurisé où nous avons pu nous exprimer. Les groupes thérapeutiques le sont à moitié car bien que les psychologues soient d'excellents professionnels et très à l'écoute, le patient ne sait jamais si son discours ne sera pas répété et déformé ailleurs.

En résumé, l'isolement prépare le patient à briser à jamais sa personnalité extérieure à l'institution, la définissant comme mauvaise et liée à la maladie. Certains patients ne la retrouveront pas, notamment dans leur rôle de parent. Comment en effet se sentir encore capable de quelque chose et un individu libre après avoir connu un tel isolement et une telle coupure avec les rôles sociaux anciens ?

### *Dépouillement symbolique et réel*

Après l'isolement, nous avons noté, tout comme le notait Goffman, le principe du dépouillement de la personnalité. Cela se fait à l'arrivée mais également durant tout le séjour. Toute possession est surveillée, confisquée à l'envi. Tout signe distinctif est prohibé. Lors de l'admission, vous subissez un interrogatoire énorme (par une simple infirmière), avec historique de votre (ancienne) vie, C.V., antécédents médicaux..., ainsi que la remise de vos effets personnels. Lorsque la personne estime que vous êtes assez « dépouillé » et présentable, vous êtes présentés aux autres patients. C'est un moment très difficile car cela signifie votre entrée réelle dans le monde des reclus et l'accueil des autres est généralement très froid. Vu leur vécu difficile, le groupe de patients est soudé et réfractaire à l'arrivée de nouvelles personnes, sauf si, comme nous le verrons par la suite, il apporte des ressources. N'ayant pas encore intégré totalement notre identité de recluse car n'ayant jamais connu cette situation, il fût difficile de nous intégrer. Les premiers jours furent un cauchemar : s'habituer au dépouillement, à la vie collective et minutée et au fait que nous ne pouvions plus rien décider de notre vie fût très éprouvant moralement. Nous découvrons chaque jour les règles, pas de téléphone portable à telles heures, pas d'ordinateur, pas de télévision,...

Le dépouillement passe aussi par celui du lieu de vie, ascétique. Tout est nommé au nom de l'institution : couverture, draps, oreillers, serviettes. Ils sont changés règlementairement par les patients à heure et date fixe. La personnalisation du lieu de vie est découragée, voir vue comme une provocation. L'amélioration du confort aussi. Ainsi, une jeune femme ayant décoré sa chambre avec goût se fit punir et rabrouer par une infirmière car « *on n'est pas au Club Med ici* ».

Les patients ne doivent s'attacher affectivement à rien de l'environnement. Une grande violence vécue est ainsi celle appliquée au pavillon de semaine : même en étant hospitalisé en continu, nous devions changer aléatoirement de chambre et de lit toutes les semaines. Les portes des chambres restant en outre fermées la journée, nous n'avions même pas accès à nos affaires. Impossible donc d'avoir un endroit sécurisant et accessible, même une simple armoire. Cela encourage d'ailleurs le vol d'une manière énorme puisque « *rien n'est à personne* » ... nous nous sommes fait voler des affaires de toilette et de la nourriture à de nombreuses reprises. Sur ce fait, bizarrement, le personnel infirmier ne sanctionne pas... Les armoires peuvent fermer à clé mais il faut cependant tout sortir et reprendre chez soi pour le weekend, peu importe qu'on soit motorisé ou non, et donc laisser toutes nos affaires pendant des heures à la vue de tous...

Les linges de lit et tout le matériel sont en outre vieux, usés, troués, inconfortables, pour bien montrer la valeur que nous donne l'institution : aucune. Les heures où les douches sont accessibles ne permettent pas de se relaxer ni que tous les patients se lavent (une douche pour 18 personnes). Les chambres sont fermées à heures fixes pour ne pas pouvoir se reposer. L'individu est dépossédé de lui-même et de pouvoir répondre à ses besoins primaires : bains, lavage, nourriture (la cuisine est fermée aussi à heures fixes) et surtout repos. À nos interrogations à ce sujet, le personnel répondra qu'il faut bien fermer les chambres sinon les patients exagèrent et dorment tout le temps. Ce qui est logique vu qu'il y a peu à faire et que de toute façon la plupart sont médicamentés. Donc au lieu de dormir dans leur chambre ils dorment... dans les fauteuils. Certains rentrent même chez eux pour dormir en catimini. Pouvoir dormir le matin est un privilège très rarement accordé. À plusieurs reprises, nous avons mentionné notre problème de sommeil et besoin de repos le matin, cela fût nié par le personnel, à chaque fois, après les premières semaines d'hospitalisation. « *Bien sûr, si vous en avez vraiment besoin, nous vous laisserons dormir, nous ne sommes pas des monstres* ». Sauf que la réponse fût inlassablement négative. Encore faudrait-il avoir le temps de formuler une requête. En effet, le matin, nous sommes réveillés en fanfare et sans gentillesse par une des infirmières. Il faut se presser. La vie des patients leur appartient et n'est pas à eux. Un jour où nous étions vraiment mal, une infirmière nous a réveillée et s'est livrée à un interrogatoire serré sur des problématiques complexes d'emploi et d'administratif. Des réponses données dépendait notre sortie. Le patient n'existe plus comme un individu qui se réveille et à qui il faut du temps, non, il est un objet à disposition et ses besoins ne comptent pas. Le stress créé chez lui non plus.



*Dégradation de l'image et de l'estime de soi*

Si l'isolement et le dépouillement sont difficiles à subir, la dégradation de l'image de soi est de loin la plus éprouvante des violences reçues tout au long de ces mois. Peu après notre entrée, nous comprendrons que l'ensemble des patients sont considérés comme fous, malades et mauvais, à « rééduquer » et à « corriger » pour être réinsérés dans la bonne société et ne plus représenter un danger. Nous avons compris également que nous étions observés en permanence par le personnel dans son « bocal » (local vitré d'où les infirmières voient tout). Nous écoutions souvent les discussions du personnel en nous plaçant sur le fauteuil le plus proche. Croyant ne pas être entendue, l'équipe infirmière commentait et notait tout. La façon de parler, la façon de manger, la façon de marcher, la façon de rire... tous ces faits et gestes sont notés et jugés. Nous sommes fous et ils doivent nous réparer. Les activités sans sens se répètent, les règlements stupides et incohérents également. On nous parle comme à des enfants d'environ six ans : *« Vous avez bien fait pipi ? Vous vous êtes bien lavé les mains ? Où est-ce que vous allez encore ? Mais qu'est-ce qu'ils nous font maintenant à attendre tous ? Soyez sages hein »*.

La palme de cette infantilisation et de la dégradation de l'image de soi revient à l'atelier cuisine obligatoire du vendredi. Nous sommes obligés d'y participer, d'en choisir le menu (qui de toute façon ne nous conviendra pas vu nos allergies alimentaires dont personne ne tient compte), d'aller faire les courses, d'acheter dans certaines boutiques onéreuses, pour ensuite se faire tancer sur nos « dépenses » extravagantes, alors que nous avons juste pris ce qui était indiqué sur la liste. Ensuite, nous sommes mis à l'œuvre avec du matériel de fortune qui ne coupe pas, la pression est énorme et le personnel infirmier n'hésite pas à montrer son désintérêt et son mécontentement. Sur ce point les patients sont d'accord, ils n'aiment pas non plus cet atelier obligatoire et stressant au possible, mais lorsqu'ils le disent, ils se font rabrouer *« on fait tout pour vous et vous n'êtes jamais contents »*.

De nombreux outrages psychiques viennent renforcer cette désagrégation de l'image de soi : nous n'avons pas le droit d'aider quelqu'un qui tombe car nous sommes trop « gentils » donc *« c'est normal du coup de se faire avoir dans la vie tout le temps »*, la thérapie psychologique est souvent remise en cause et vue comme inutile *« pour des gens comme ça qui se complaisent dans leur malheur et la paresse »*. Ainsi, nous avons découvert plusieurs patients en hôpital de semaine n'ayant même jamais vu la psychologue du pavillon car personne ne l'avait jugé nécessaire. Ces personnes souffraient pour la plupart de graves crises d'angoisse et nous fûmes très choquée de voir qu'on les laissait ainsi sans aucune aide. En

influençant ces patients à sortir du discours du staff infirmier sur la psychologie inutile, nous avons souvent réussi à ce qu'ils soient pris enfin en charge et avec de bons résultats.

Beaucoup d'infirmières remettent aussi en cause les ateliers thérapeutiques, leur utilité, et refusent même que nous échangeons entre patients sur ce que nous y apprenons. Nous fûmes ainsi une fois mise hors du pavillon car nous montrions aux patients des documents médicaux sur les effets de l'alcool, reçus au groupe sur les addictions. «*Toi avec tes conneries je t'ai dit que plus jamais on ne parlait de ses ateliers entre patients, range ton barda et casse-toi au lieu de foutre le bordel*». Pareil avec la documentation des AA. Nous la ramenions, le personnel infirmier la jetait. Nous la re-râmenions. Elle finissait à la poubelle. C'est devenu un jeu rituel et beaucoup de patients ont pris plaisir à faire passer des informations «interdites» avec nous. Chacun amenant à son tour un feuillet AA dans le pavillon. Cette solidarité entre patients sera évoquée plus loin, car elle seule permet de tenir en milieu hostile. Nous suivions également un atelier de vidéothérapie sur l'estime de soi. Tout haut bien sûr, une infirmière déclara «Ce n'est pas pour vous cet atelier, c'est pour les gens vraiment gros, moches, qui ne ressemblent à rien et se détestent, vous n'avez rien à faire là, vous prenez la place d'autres gens qui en ont besoin». Le fait de souligner que les patients profitent des ateliers et sont illégitimes est également très courant. Le patient est un usurpateur. Selon beaucoup d'infirmières, ils ne devraient même pas avoir accès à tout cela car ils doivent juste «payer» et être corrigés. De quoi, mystère. Ainsi, le personnel soignant se met souvent en porte-à-faux avec les thérapies suivies... et ne sait en fait même pas de quoi il en retourne. De notre expérience, cela vaut mieux pour la relative liberté qui y existe encore.

Les jugements à l'égard des thérapies, des idées des patients, de leur vécu, de leurs envies, sont la plupart du temps exprimés tout haut devant les autres patients et le reste du staff, pour créer l'humiliation. Nous nous rappellerons toujours de l'infirmière entrant dans la chambre lors du réveil en claironnant à l'infirmier derrière «*Faut qu'Herbigniaux bosse son estime de soi aujourd'hui de dire non à X*». Après, nous avons été nous expliquer avec ladite infirmière qui ne s'était même pas rendue compte d'avoir dit cela. Ce qui est normal vu que ce comportement d'humiliation quotidien est intégré comme étant la norme. Cette femme ayant en outre subi des violences dans sa vie, elle s'excusa sincèrement de ce qui lui avait échappé et cela ne fut pas la dernière fois que nous devions voir des soignants nous violenter, puis revenir en s'excusant. Les remarques et moqueries sont légion courantes et parler d'un patient à la troisième personne alors qu'il est présent aussi. Certains soignants vont jusqu'à «faire thérapie» avec le patient devant tout le groupe de façon totalement humili-

liante et irrespectueuse. « *Vous devriez travailler ça ou ça en thérapie ça irait mieux, et pourquoi ça vous met dans cet état, ça vous rappelle votre mère ?* » Humiliant, inapproprié voire dangereux.

Tous les patients sont en outre logés à la même enseigne dans la façon de s'adresser à eux alors que la plupart ont toutes leurs facultés mentales et que certains sont titulaires de doctorats, sont chefs d'entreprise, journalistes, avocats,... On nous parle comme à des handicapés mentaux légers, comme cela « *on est sûr qu'ils comprennent tous* ». Toute demande (passer un coup de fil, aller chercher des cigarettes,...), implique une position de soumission et d'humiliation car rien n'est acquis et peut changer selon des règles impossibles à comprendre. Pouvoir fumer n'est toléré qu'à certaines heures et certains endroits mais cela change régulièrement. La mortification passe aussi par le fait d'imposer un rythme de vie totalement étranger (et non justifié) au patient : se lever à 8 heures, se laver avant 20 heures, ne pouvoir se reposer avant telle heure,... Si le patient ose demander des explications ou un assouplissement, il est traité de difficile, d'insatisfait et de mal organisé. Rentrant une fois tard d'une réunion AA, nous avons voulu prendre une douche, l'infirmière s'est moquée sardoniquement en fermant devant nous la porte à clé avec un sourire en coin « *Fallait y penser avant !* ». Sauf que chaque infirmière ferme les douches à des heures différentes... Le fait aussi de ne même pas savoir s'habiller dans les douches est très éprouvant car il faut passer à moitié nue dehors ou trouver des stratagèmes et les remarques sur le physique sont monnaie courante également. « *T'as vu la grosse ? Ferait bien de maigrir celle-là...* ». Les douches sont quelque chose de très important en hôpital psychiatrique du côté des soignants, ils en ont une peur panique. Un jour où une coupure d'électricité a eu lieu, toutes les infirmières se sont ruées sur les portes des douches, WC et salle de bain. Nous leur avons demandé ensuite pourquoi. « *Mais enfin, vous ne voyez pas, les patients vont aller se suicider dans les douches d'office* ». Nous noterons, sans nier le risque réel, qu'aucun patient à notre connaissance n'a utilisé ce moyen. Par contre nous en avons vu beaucoup tenter par médicaments, par alcool, en sautant des escaliers, des fenêtres. Mais cela n'est pas surveillé. Cependant, toute remarque de ce genre est très mal vue. Nous nous sommes plusieurs fois fait dire que nous essayions de voler le travail des infirmières en parlant aux autres patients. Avec menace de renvoi.

Une insulte revenant souvent également est le terme de « paresseux » qui ne font rien et se la coulent douce (doux euphémisme). Il est à noter qu'au départ de notre hospitalisation il nous a été interdit de participer à des activités. Ensuite celles-ci sont devenues obligatoires. Et ensuite, nous nous sommes fait reprocher le fait d'être « *trop active* » et donc de nuire

à notre guérison. Quoi que le patient fasse, c'est mauvais pour lui. Toute décision personnelle est mauvaise puisqu'il est malade et incapable de se gérer.

Le personnel tolère également difficilement les rechutes et le prend personnellement (alors qu'il nous reproche ce défaut). Ayant subi des difficultés dans notre vie privée, nous avons un moment rechuté dans la dépression. Les remontrances ont fusé de manière très ferme : « On fait tout pour vous puis vous retombez, que voulez-vous qu'on fasse de vous, on ne sait rien faire, vous êtes une hystérique, qu'attendez-vous de nous ? On fait tout notre possible et vous rechutez, c'est insupportable ». L'alternance de soutien moral puis de réprimande est également très difficile à endurer. Si vous ne vous confiez pas aux infirmières, vous êtes un mauvais patient. Si vous vous confiez mais ne dites pas ce qu'elles veulent entendre, vous l'êtes également. Tout au long de notre hospitalisation, nous avons cherché ce qu'était pour les infirmières un « bon patient ». Force est de constater que nous n'avons jamais pu réussir à le définir. Ceux qui se remettent trop vite sont qualifiés de « menteurs » vu qu'ils se sont rétablis ou d'imbéciles qui vont devoir revenir car partis trop tôt. Ceux qui traînent sont mal vus également. La haine et le mépris envers les patients sont palpables en permanence. *« De toute façon, vous êtes un cas incurable, on ne peut rien faire avec vous »*, est une phrase revenue plusieurs fois dans notre parcours, et elle fût dite à de nombreux patients. Le seul moment où nous avons reçu une gratification est lorsque des représentants de l'hôpital se sont présentés à notre domicile pour une inspection et pour valider notre état de capacité à sortir de l'institution. Mais là encore, le mérite ne nous revenait pas, mais bien aux soins si bienfaisants qui avaient été donnés. *« Vous êtes la preuve que nous soignons bien les gens, que nos thérapies et méthodes sont très bonnes, c'est beaucoup trop rare. Pourtant quand on vous a vu la première fois, on s'est dit que vous en aviez pour des années et que vous alliez devenir comme tous les autres, atteinte de chronicité des retours dans l'institution. Heureusement que vous vous êtes calmée car sinon on n'aurait rien pu faire »*. Ainsi, il nous fût demandé de témoigner de la qualité des soins auprès de diverses instances. Ce que nous n'avons bien sûr pas fait. Relevons une fois encore que le simple fait que nous ayons dénoncé certaines violences à notre égard commises par le personnel est vu comme si nous nous étions énervée « pour rien » et que cet énervement était dangereux. Cette vision des émotions du patient perçues comme les signes de sa pathologie sont constantes.

*La contamination physique et psychique par la vie en communauté en surpopulation*

Les conditions de vie des patients participent à la mortification d'eux-mêmes et de leur image de soi, par contamination physique et psychique.

La contamination physique consiste à faire perdre à l'individu tout sentiment d'intimité corporelle en plus de sa vie privée. Il n'y a ni lieu ni temps pour l'intimité. Les patients doivent vivre tous ensemble sans choix, et en mixité permanente partout. La violation du moi intime passe aussi par l'obligation de raconter notre vie ancienne et actuelle et pourquoi nous sommes hospitalisés au personnel soignant en permanence. Il faut se confesser et faire amende honorable de tous nos actes, qui seront jugés de manière impartiale par la personne qui les reçoit. Le personnel échangera ensuite en toute liberté ces informations avec qui bon lui semble, sans jamais que le patient puisse savoir ce qui se dit. Le personnel sait tout et contrôle tout, contamine toute la vie du patient. L'équipe du pavillon prend ainsi des décisions sur les plans financiers, mobiliers, affectifs, sexuels... Les relations affectives sont découragées ou parfois encouragées, bref une position est prise. Lors des visites, aucune intimité n'est possible car la salle est commune. Les visiteurs peuvent également profiter des humiliations générales car les infirmières ne se privent pas lors des visites des proches. Le contrôle total de la vie est aussi illustré par la fameuse cellule d'isolement où « *Le malade suicidaire, que sous prétexte d'assurer sa protection, on enferme nu dans une cellule éclairée en permanence et que toute personne traversant le quartier peut apercevoir par un judas* » (Goffman, 1968 : 66). Ce qui se passe en cellule d'isolement n'est qu'un grossissement de ce qui se passe en fait partout : le contrôle totalitaire.

Le mauvais entretien des sanitaires et leur inconfort fait partie de la violence quotidienne de mortification et de contamination physique. Il faut accepter de se laver où d'autres ont déféqué, uriné, vomi, sans se plaindre. Et avec interdiction de nettoyer l'espace sale. (Ce que nous faisons tout de même par de nombreuses stratégies). Les douches ne sont pas orientables, impossible de se rincer correctement, nous attrapons plusieurs fois des infections gynécologiques graves et il en va de même pour les baignoires, véritables nids à germes divers. Beaucoup de patients refusent tout simplement de se laver et même d'uriner tellement ils sont traumatisés par les sanitaires, hommes et femmes. Les femmes sont cependant encore plus touchées par les soucis gynécologiques et urinaires. Nous en rencontrerons beaucoup qui souffrent de mycose, de rétention urinaire et de constipation. Il est en effet peu facile de faire ses besoins alors que se trouvent à côté des hommes en train d'uriner. Nous ne nous sentons pas en sécurité, sans compter les patients qui essaient

d'ouvrir les portes, ceux qui ne savent pas les fermer et leur nudité nous est imposée régulièrement. Sur cela, nulle sanction ou représailles de la part du personnel infirmier. Le staff infirmier possède bien sûr ses propres toilettes non-mixtes et en bon état. Des infirmières nous ont confié plusieurs fois *«plutôt mourir que d'aller à la toilette dans les vôtres»*. Les hommes salissent souvent volontairement les sanitaires et s'en vantent, et ne les nettoient de toute façon pas, attendant que «les femmes» le fassent. Nous devons tout supporter, dans une contamination physique voulue par l'institution. Ainsi, les couverts du self aussi sont sales, mal lavés, les repas sans goût. Et il ne faut pas se plaindre sous peine de punition. Nous sommes obligés d'avaler tous nos médicaments à heures fixes (sinon nous ne pouvons manger). Pour les personnes anorexiques, elles sont forcées à manger, devant tout le monde. Pareillement pour les phobiques sociaux, ils sont obligés de descendre au self *«pour leur bien»*.

Le non-respect des régimes alimentaire est monnaie courante. Parfois il y a un régime diabétique, parfois non. Nous avons beaucoup souffert d'humiliations à cause de notre régime sans gluten et sans lactose. Une réelle stigmatisation s'est faite sur notre personne. Nous avons traîné ainsi l'étiquette *«exigeante-ennuyante-capricieuse-simulatrice»*. Malgré des demandes répétées, il nous a été impossible d'obtenir notre nourriture à coup sûr. Nous avons, avec la médiatrice de l'hôpital, calculé que notre nourriture nous avait coûté environ 400 euros alors qu'elle est normalement comprise dans l'hospitalisation. Le personnel des cuisines n'est pas formé, il ne retient pas les informations et se montre très désagréable régulièrement si les patients osent manifester le moindre signe de mécontentement, pourtant bien justifié. Nous avons du manger environ 50 fois du jambon, celui-ci étant la seule denrée sans gluten et sans lactose nous ayant été fournie. Stigmatisée par le personnel, nous le fûmes aussi par les patients, trop contents de trouver une distraction *«T'amènes tout ça, tu ne te privas pas toi, faut toujours que tu fasses ton cinéma pour bouffer»*. Ils volèrent notre nourriture à plusieurs reprises. Tout privilège étant source de plus grande liberté, il est convoité.

Pour continuer dans la contamination physique, la fouille et le contrôle régulier des lits, des chambres et des affaires (*«rangez-moi ce bordel et faites vos lits»*) sont monnaie courante. L'intrusion dans la vie intime est constante, il n'existe aucun lieu «à soi». Pareillement, arbitrairement, on décide de vous changer de chambre, ou pas, que vous devez changer votre lit (ou pas). Le personnel ne vous prévient même pas, il dépose juste un sac rose sur le lit. Toute erreur dans le changement de literie sera source d'humiliation collective. Ainsi, un jour que nous avions tous bien changé nos lits, nous nous sommes fait tous dire par la chef de l'équipe *«Alors qui n'a pas rangé sa chambre et défait son lit ? (puis se tournant*

vers les autres infirmières) *ils ont encore bourré les sacs à crever ils le font exprès pour nous emmerder*». La semaine d'après, chacun ayant bien gardé l'humiliation en tête, nous avons fait des sacs moins remplis... la réaction ne s'est pas faite attendre : « *Et voilà maintenant ils gaspillent des sacs et ne mettent quasi rien dedans c'est vraiment pénible* ». Dans l'institution totalitaire, le jeu cruel de « pile ou face » se résume facilement : pile les patients perdent, face les soignants gagnent. Quoi que vous fassiez, c'est mal. On comprendra ainsi aisément que les patients perdent toute estime d'eux-mêmes et en leur capacité très rapidement. Ce qui, bien sûr, leur sera reproché et vu comme signe de leur pathologie.

La contamination morale se fait par l'obligation de côtoyer intimement et en permanence de nombreuses personnes, même si vous ne le souhaitez pas. La solitude est impossible et la bonne entente entre tous les patients est obligatoire. Ainsi, nous avons été plongée dans l'intimité de nombreux patients sans le désirer du tout. Mélange des sexes, des âges, des ethnies, des religions, des classes sociales, des pathologies physiques et mentales et des actes commis. Nous devons supporter d'être « amis » avec des criminels, des violeurs, des pédophiles. On se sent contaminé et sali à force d'être plongé en permanence dans les odeurs, les pensées, les sons de tout le monde. Les chambrées multiples obligent à subir les pathologies des autres. Ainsi nous fûmes confrontée plusieurs fois à des vieilles dames grabataires dont il fallait subir les flatulences, la puanteur, les diarrhées, les changements de draps à toute heure de la nuit ou à des personnes qui déliraient durant leur sommeil. Ou encore à des personnes ne supportant pas la lumière, nous interdisant par la même de lire un livre. Nous avons du aussi accepter de dormir dans le même pavillon qu'un patient masculin somnambule qui devenait violent parfois, sans avoir aucune solution quant au fait qu'il pouvait donc agresser tout le monde n'importe quand. La vie intime forcée en groupe est une grande violence. Elle nous contamine physiquement et moralement, nous oblige à nous comporter comme nous ne le voulons pas, à supporter des choses que nous ne supporterions jamais à l'extérieur. Toute plainte provoquera l'exclusion du groupe.

Evoquons aussi le manque d'hygiène des personnes sales qui ne se lavent pas et qu'il faut côtoyer en permanence, avec une puanteur énorme, manger à leurs côtés, supporter les regards malsains des pervers sexuels,... Il faut également accepter de manger de la nourriture qui a par exemple été manipulée par des gens se grattant en permanence les testicules. Les comportements de saleté corporelle et de contamination viennent surtout des hommes. Les femmes, en général, se solidarisent pour recréer des espaces plus propres et sains. Les hommes n'en ont cure et se moquent de cette « *connerie féminine* » en les méprisant. « *Vous ne savez faire que*



*le ménage même ici*». Le personnel infirmier est beaucoup plus tolérant envers les hommes. Ils peuvent se promener en tenues indécentes, ventre à l'air, chaussettes trouées, cheveux dégoutants en se grattant partout, alors que les femmes sont enjointes à se laver et se pomponner pour maintenir l'hygiène. Même dans cet espace de « soins », il nous fallait encore répondre aux diktats esthétiques ! Ce qui, en hôpital psychiatrique, relève souvent de l'exploit. Toutes les stratégies étaient bonnes : nous cachions du produit désinfectant dans nos affaires, nous prenions nos propres serviettes de bains, nous nettoiyions les WC avant de passer, bref, nous agissions en secret pour le bien-être collectif, des hommes avant tout. La solidarité féminine permettait aussi de nous fournir du parfum ou des ustensiles de maquillage. Cette sororité nous a énormément aidée à supporter la contamination morale et physique.

*La disqualification systématique des émotions et le double bind des ateliers thérapeutiques*

Selon le personnel, les patients doivent exprimer leurs émotions sans arrêt. Alors que cela constitue une mise en danger pour le patient, surtout pour les femmes. Nous en avons fait l'amère expérience à plusieurs reprises. La tristesse n'est pas tolérée, est vue comme honteuse, dénigrée et nous avons dès lors reçu l'étiquette sociale d'hystérique à plusieurs reprises. Les faits qui avaient provoqué cette tristesse étaient pourtant tout à fait classiquement ceux qu'à l'extérieur on aurait qualifiés de « *tristes* ». Une rupture, une perte de revenu, des propriétaires peu scrupuleux et aucune aide reçue de la part d'assistantes sociales ainsi que des violences verbales très fortes sont en effet des déclencheurs, socialement admis, de la tristesse, voire de la colère. Mais en hôpital psychiatrique, les émotions n'existent pas, sauf s'il s'agit de la joie. Les méthodes utilisées par les staffs infirmiers sont hasardeuses, voire totalement dangereuses.

Nous avons pu constater que les femmes sont environ deux fois plus souvent qualifiées d'hystériques car elles osent tout simplement aller exprimer leur tristesse au staff infirmier (qui en est demandeur). Les hommes, la plupart du temps, n'expriment que de la colère. Bizarrement, la colère et même la violence ne donnent pas lieu à une qualification d'hystérique, ni même de personne dangereuse. Au mieux, on dira « *il a un sacré caractère* » ou « *c'est un patient difficile* ». En fait, les émotions des hommes ne sont pas qualifiées correctement, ni leurs comportements. Ils ne sont pas dits, ni repris par le staff infirmier. Alors que pour une femme, il est courant d'entendre parler tout haut médecins et infirmiers de personne hystérique, *borderline* ou dépressive. La plupart du temps, la pathologie des hommes est tue. Leurs actes aussi, même lorsqu'ils ont été violents, à l'extérieur ou à l'intérieur du milieu psychiatrique. Ce



déséquilibre nous a frappée et nous avons pu le constater dans les trois unités psychiatriques où nous avons séjourné.

*Vers la mortification totale de l'identité du patient... et le reproche de celle-ci*

Avec toutes ces stratégies du personnel, souvent inconscientes, nous pensons qu'aucun être humain normal ne pourrait garder bien longtemps sa dignité ni sa santé mentale. Nous l'avons expérimenté. Si nous n'avions eu aucun soutien extérieur durant ce temps sur nos facultés mentales et notre valeur morale, nous nous serions tuée. Le support des thérapeutes qui validaient nos dénonciations de violence et nos capacités réflexives nous ont aussi beaucoup aidée. L'asile dans l'asile, ce sont les ateliers thérapeutiques et les consultations en privé avec les psychologues.

Nous relèverons encore deux (dys)fonctionnements terriblement pervers subis par le patient et confirmés par les infirmières elles-mêmes : le ricochet et la méthode paradoxale. Le ricochet se définit par la provocation volontaire du patient par une humiliation ou une interdiction sans sens. Celui-ci voit ensuite sa réaction défensive bien légitime intégrée dans sa maladie et légitimant donc sa « stupidité » ou son « incapacité à gérer ses émotions ». Cette technique a eu sur nous des effets dévastateurs. Par exemple, soudainement, on nous interdisait de parler à un patient ou à l'autre alors que nous étions proches et que notre psychiatre nous avait encouragé à le faire. Devant notre étonnement ou notre colère, la sanction arrivait immédiatement pour confirmer notre statut d'hystérique. Etant en plus en train de travailler notre mémoire traumatique, liée aux violences subies toute notre vie, nous étions encore plus sensible à ce genre de perversion morale. Il nous était alors interdit de pleurer, de bouder, de râler, bref, de nous exprimer. Cette technique est une abomination mentale, une torture. Elle encourage et provoque l'expression des émotions du patient pour mieux la sanctionner.

Les staffs infirmiers se vantent aussi de la méthode « paradoxale » qui consiste à dire deux choses contradictoires au patient dans un très court intervalle de temps. Nous avons connu cela à plusieurs reprises. Ainsi, on nous convoquait dans le bureau infirmier, nous devions nous exprimer sur l'éventualité d'une rupture de couple et l'infirmière nous disait que nous avions bien raison de quitter cette personne et que c'était difficile (empathie simulée) mais nécessaire, que le staff nous soutiendrait. Dix minutes plus tard, nous étions convoquée à nouveau et on nous disait tout l'inverse, que nous étions stupide, qu'il fallait rester en couple, que nous étions nulle dans nos décisions et que nous faisions tout de travers en nous apitoyant sur notre sort et que le staff infirmier n'avait pas à nous soutenir. Et ce, de la bouche de la même personne. Cela nous semble

d'une violence extrême et totalement inefficace mais cela fait partie de la méthode de soin, comme nous confia un infirmier.

«On fait exprès de donner des informations contradictoires au patient, comme cela il trouvera mieux la réponse en lui-même et ne l'attendra pas de nous». Si l'idée n'est pas mauvaise en soi, la malveillance avec laquelle elle est appliquée ne permet en aucun cas d'aider quelqu'un à prendre une décision. Nous avons réconforté des dizaines de patients qui venaient de subir «le ricochet» et «l'intervention paradoxale», totalement perdus, humiliés et proches du suicide.

Ajoutons enfin l'incohérence totale des horaires et leur changement totalement aléatoire, privant régulièrement les patients de leurs ateliers thérapeutiques ou de leurs rendez-vous médicaux. Bref, avec l'ensemble des techniques explicitées dans ce point, on comprendra aisément que l'institution totalitaire désire briser totalement l'individu tel qu'il est entré dans l'institution. Elle brisera ainsi toute sa personnalité, ses valeurs, ses croyances, toute forme d'indépendance et d'autonomie ainsi que son libre arbitre et toute forme de rapports sociaux normaux. La seule règle en vigueur est la soumission et la crainte, dans l'angoisse de la sanction. L'individu est dépossédé de lui-même et de ce qui lui était jusque là accordé : la liberté.

Il est complexe de percevoir la portée psychique dévastatrice de cette violente dépersonnalisation et de ce viol du moi sans l'avoir vécu. Lorsque que nous avons commencé à pouvoir sortir de l'institution, aller au supermarché relevait de l'exploit tant nous avions honte de nous-mêmes, honte de notre identité écrasée, morcelée, salie, nulle, mauvaise. Nous ne savions plus qui nous étions. Nous étions stigmatisée à jamais comme «malade mentale». Il nous a fallu des mois pour reprendre une vie normale et autonome et une estime de nous-mêmes correcte. La perversion de l'institution totalitaire se situant précisément dans le reproche systématique de notre manque d'autonomie et de prise de décision. Comment le patient pourrait-il développer ce genre de capacités dans un milieu qui le détruit psychologiquement ? Beaucoup de patients n'arriveront dès lors jamais à quitter l'institution car ils sont trop mortifiés intérieurement. L'inversion perverse des situations leur faisant bien sûr porter l'entière responsabilité de leur propre mortification.

## Stratégies de survie en hôpital psychiatrique et identité de groupe

### *De l'identité de groupe de reclus*

La vie en institution totalitaire nécessite bien sûr des adaptations par les acteurs sociaux. Pour survivre en milieu hostile, l'acteur social stratégique met au point des actions pour vivre au mieux dans ces conditions. Pourtant, toute stratégie de survie mise au point par les reclus, et même parfois encouragée par le personnel, sera perçue *in fine* comme un indice de la maladie mentale, alors qu'il s'agit simplement d'un acte rationnel (au sens de l'agir rationnel de l'acteur social) (Crozier et Friedberg, 1981).

Les reclus arrivent en effet dans l'institution totalitaire avec un vécu, des valeurs, et une culture jugée normale jusqu'à leur admission. Ensuite, ils seront forcés d'admettre que cette culture était fausse et va devoir être corrigée. Nous vivons donc une sorte d'acculturation. Nous sommes en plus coupés et isolés de l'actualisation de notre socialisation extérieure. Si le séjour se prolonge, le détenu finira par être « déculturé » et ne pourra pas se réinsérer dans la vie sociale extérieure. Ce cas est arrivé à de nombreux patients rencontrés. Ils sont devenus incapables de vivre à l'extérieur, sans l'aide de l'hôpital psychiatrique. Détruits, mortifiés, certains y passent donc toute leur vie, d'autres y viennent régulièrement, dans une dépendance psychique et affective, encouragée par le personnel, qui en même temps leur reproche de ne pas savoir se débrouiller seuls à l'extérieur et d'être « des assistés chroniques ».

Cette acculturation se traduit aussi par le fait que la seule identité sociale existante est celle de détenu. Un nouveau système social est donc privilégié comme système de référence : la famille de détenus. Ce groupe social particulier, souvent lié à chaque pavillon, devient l'unité sociale de base et nous avons l'obligation de nous y intégrer. Peu importe que nous nous fassions violenter ou non par l'un ou l'autre. Hommes et femmes sont mis dans le même sac, agresseurs et victimes également. Meurtriers même parfois. Il nous a été reproché par de nombreux patients de refuser de lier une amitié avec un homme qui avait tué sa femme. « *Ici, on a tous fait quelque chose de mal, tu dois oublier les notions extérieures de Bien et de Mal* ». Nous sommes bien contentes d'avoir réussi à garder notre sens moral et notre jugement. Nous avons donc joué la comédie pour ne plus recevoir de remontrance. La comédie étant la stratégie la plus utile en ce monde de reclus.

Une autre stratégie pour nous fondre dans la masse, imposée par l'institution est l'utilisation de surnoms entre détenus. Ces nouveaux noms donnés par la communauté des reclus montrent que nous sommes tous « du même

moule», peu importe nos différences socio-culturelles et nos pathologies. Elles doivent être effacées. Nous sommes «les patients». Nous devons tous nous entendre et nous comporter comme si nous étions tous amis, il nous est reproché de garder nos distances avec un patient, mais aussi de créer des liens d'amitié réels. Nous vivons comme un groupe homogène qui partage tout. Les visites des proches sont publiques. Il n'y pas de lieu intime pour parler avec ses proches car il n'existe pas de cafétéria hors des pavillons. Les infirmières et les autres patients surveillent les visites. Il est possible de s'extraire de cela en allant se promener au dehors mais cela reste des moments volés, rapides, sans confort. C'est une très lourde souffrance. Toutes les émotions sont visibles à tous, voir sa famille ou ses amis est très émotionnellement difficile lorsqu'on est privé de tout contact extérieur et les autres patients jouissent du spectacle des effondrements, des disputes conjugales, des disputes familiales..., y compris devant des enfants en bas âge qui assistent à ces scènes. Nous fûmes souvent révoltées devant tant de cruauté. Ayant coupé les ponts avec notre famille, le jour des visites était pour nous un supplice et plusieurs patients en jouaient en nous faisant participer à leur rencontre familiale. Nous avons mis du temps à comprendre la perversité de ce processus et nous avons fui le pavillon ce jour maudit du mercredi. La confession publique est monnaie courante, chacun pouvant en profiter, certains patients s'asseyant même à la table où elle a lieu entre un patient et son interlocuteur. Ces conflits, discussions, seront ensuite disséminés partout dans l'hôpital entre patients et entre le personnel et deviendront un «récit collectif». Notre récit de vie personnel nous échappe autant que notre identité. Le reclus n'est plus rien, il est à la disposition de l'institution, tout comme son vécu, familial, privé, identitaire.

Privé de son milieu, mortifié, le patient devient rapidement un numéro. Nous parlons entre nous juste avec nos prénoms et notre unité. «P5», «P4» ... nous devenons des numéros. La perversité du système s'étalant jusque dans la logique du nom : les infirmières nous appellent par notre nom de famille, mais il est interdit aux patients de connaître le nom de famille des autres... alors que les listes de charge de vaisselle sont faites... avec les noms de famille ! Du coup, plusieurs fois, nous nous ferons haranguer car nous ne savons pas qui est Madame ou Monsieur X, vu que nous ne connaissons que son prénom... Les détenus et le personnel ne doivent pas parler le même langage, cela est interdit.

#### *De la violence et de la solidarité entre reclus*

L'arrivée d'un nouveau patient dans le groupe, solidaire, n'est pas simple. Ainsi que le dit Goffman, *«lorsque les nouveaux arrivants sont susceptibles de jouer un rôle dans le système d'adaptation secondaire*

(ce qui est toujours le cas, ndlr) – *en tant que nouveaux éléments factieux ou nouveaux objets sexuels – on leur souhaite la bienvenue en accompagnant leur arrivée d'une série de complaisances ou de manœuvres séductives qui remplacent les privations outrancières habituelles*» (Goffman, 1968 : 96). En tant que femme, on comprend très vite qu'accepter les avances d'un des leaders d'un groupe ou se placer sous sa protection amènera à certains avantages et protections, et à de grands risques si on ne le fait pas. La solidarité interne du groupe compte plus que tout car elle seule permet de survivre à l'oppression du système psychiatrique. Etre rejeté du groupe de patients est le pire châtement qu'on peut subir dans cet endroit hostile. Le groupe de reclus baptisé « P5 » vit donc comme tout groupe humain, avec alliances, conflits, trahisons. L'oisiveté et l'enfermement ainsi que la mortification attisent les émotions et les conflits. De nombreuses violences sont donc à l'œuvre entre patients, dont, bien sûr, celles liées à la domination masculine. Nous y reviendrons. Les patients se disputent, se frappent, s'insultent. Tout cela est considéré comme normal par le personnel, regardant les reclus comme un groupe d'enfants immatures. Nous sommes intervenues à de nombreuses reprises pour faire du travail de médiation entre patients, qui a globalement bien porté ses fruits. Et nous a permis de nous construire l'identité de « la psy des patients » ou « la pacificatrice ». Cela nous a assuré une sécurité très enviable dans l'institution, notamment du point de vue des violences sexuelles.

Face à la violence du personnel, le groupe de patients doit subir et ne rien dire, sous peine de représailles immédiates (punitions, humiliations). Nous fûmes souvent témoin de violences à l'égard d'autres patients et patientes et notre position nous interdisait tout acte. Nous avons tenté d'agir plusieurs fois mais, directement, nous nous sommes fait remettre à notre place, car nous nous mêlions « de ce qui ne me regardait pas ». Ainsi, une patiente âgée se jetait par terre régulièrement, et il nous était interdit de la relever... une autre patiente, très malade, faisait des malaises et il nous était pareillement interdit de la relever... nous l'avons tout de même fait voyant son état de santé se dégrader. Souvent, nous passions outre la peur de l'institution, et agissions tout de même, car la force de résilience était la plus forte. Cette force est un phénomène intéressant à étudier et, surtout, une bulle d'espoir dans nos vies de reclus. Entre patients naît parfois une solidarité incroyable. Hommes et femmes confondus. Nous voulons insister sur cet aspect positif de l'être humain mis en condition de survie. Si, par moment, il en profite pour user de domination, dans d'autres, il se révèle merveilleusement humain. Ainsi, des chaînes de solidarité se créent. Ceux qui ont accès à l'extérieur amènent des informations, des biens, et parfois sans processus de don-contre-don, juste pour le plaisir

de rendre un patient heureux. Et bien sûr aussi pour le bonheur identitaire que cela procure de pouvoir être une personne positive. Ainsi, de nombreux soulèvements de groupe voient le jour. Tous les patients se soulèvent en même temps contre un psychiatre, contre une infirmière. Cette simple solidarité dans un milieu hostile est extrêmement réconfortante. La solidarité permet aussi de passer outre les règlements. Nous aidions nous-mêmes les patients soi-disant «comédiens», en les portant, les relevant. Les malades, les handicapés, les reclus des reclus... sont à la fois violentés et à la fois aidés.

Un autre point intéressant est la révolte collective qui survient parfois spontanément via «le chahut». Le chahut est ainsi la façon la plus visible de révolte, lorsqu'une solidarité suffisante existe dans le groupe de détenus. Pour une fois, nous montrons notre supériorité numérique et nous montrons également que nous sommes capables de nous exprimer. Nous vécûmes ainsi plusieurs chahuts collectifs. En tant qu'être humain, ces quelques minutes de liberté retrouvée nous ont permis en effet de tenir sous le joug de l'oppression et de ressentir la complicité entre les membres du groupe CONTRE le personnel. Ensuite, le récit collectif du chahut devient partie intégrante de l'identité du groupe des patients et fait l'objet d'une transmission collective. Nous aimions ainsi nous rappeler des chansons créées à partir de tics verbaux, ou de grands moments pendant la coupe du monde où, malgré l'interdiction de faire du bruit, de nombreux patients (dont nous-mêmes) avaient pu crier notre joie et faire «la fête» dans l'espace commun du pavillon. A noter que certains membres du personnel, les plus enclins à l'empathie, se sont parfois joints à nos chahuts. Ces personnes montraient ainsi leur compréhension envers notre enfermement et étaient, par la suite, beaucoup mieux considérées par les patients. Le soutien entre patients est en général très fort et il n'était pas rare que des patients, dont moi-même, prennent la défense devant le personnel d'un patient jugé injustement. D'autres patients le firent également pour moi et la gratitude éprouvée à cet instant, sachant les risques de sanctions encourues par eux, fût énorme. Là est un point extrêmement positif que nous retenons. En situation d'autorité totale, tous soumis à des diktats surréalistes, privés des besoins élémentaires et de liberté, se crée une solidarité que rien ne peut rompre. Elle disparaîtra à la sortie de l'hôpital, mais elle a existé. Et c'est cette essence profondément humaine et humaniste qui bien des fois nous a réconfortée.

Bien sûr, en prenant la défense d'un autre patient, le défenseur peut «monter en grade» dans le groupe. Mais cela est complexe car il pourrait tout aussi bien se faire accuser d'avoir empiré la situation, d'avoir collectivement impliqué le groupe, et donc, rétrograder dans la hiérarchie. Cette microsociété ultra complexe vit tout intensément, et souvent par

narration des faits. Il arrive dès lors que le groupe se divise entre les « pros » et les « contre », pour se ressouder quelques jours plus tard, car la temporalité est différente. Il se passe tant de choses du point de vue émotionnel (et plutôt rien du point de vue réel) que les querelles sont très vite effacées pour refaire front, ensemble, au personnel. Cela reste l'objectif numéro un des patients, les querelles privées ou concernant un patient, restent en effet secondaires et éphémères face à la lutte constante contre l'oppression. Nous n'avons pu nous empêcher de penser plusieurs fois aux situations de guerre où des prisonniers, soudainement, prenaient le risque de se faire tuer pour en défendre un autre. Il y avait de cela dans certains actes que nous nommerons « héroïques ». Par exemple, des patients peuvent s'insurger contre le fait qu'on mette quelqu'un à l'isolement, parlementer, défendre le « fautif », ou même se faire accuser à sa place. Nous sommes heureuse d'avoir pu vivre ces moments car nous pensons qu'ils n'existent qu'en des milieux totalitaires très spécifiques et sont peu souvent observables. Le type de lien social existant entre reclus est d'une qualité émotionnelle rare. La lutte contre un ennemi commun rassemble les esprits humains (du moins la plupart d'entre eux) dans une solidarité qui est rare à voir, avec des actes forts et dangereux posés, et pas simplement un discours idéalisé.

Nous avons mis un point d'honneur à nous conduire selon notre morale et ne jamais accepter celle de l'hôpital. Ainsi, nous nous sommes placée en position de défenseuse des femmes violentées et les femmes le savaient et pouvaient venir nous voir. Nous avons décidé cela après une ultime scène de violence où une jeune fille handicapée mentale, victime de viol prémédité par un patient violeur récidiviste du P4, revenait en hurlant de la forêt. Nous avons fait taire les remarques « *elle l'a bien mérité* » et remis le monde à l'endroit auprès des patientes. Les policiers sont arrivés sous peu et ont bien sûr relâché l'agresseur... Le sentiment d'impuissance en ces moments est terrifiant. Et très culpabilisant. Par la suite, ayant assisté à d'autres violences graves commises sur des patientes par le personnel, dont un psychiatre particulièrement violent envers les femmes, nous avons témoigné systématiquement par écrit à la médiatrice de toute violence survenue. Nous avons à ce sujet eu beaucoup de critiques de la part du personnel. Par contre, du côté des patients, nous avons reçu un accueil plus que favorable. Et il n'est pas rare de constater la solidarité entre patients dans les témoignages contre le personnel et les médecins.

Ainsi, le cas de cette patiente, Sophie. Sophie a 45 ans, et est au pavillon de semaine en très mauvais état psychique après diverses agressions sexuelles. Elle reçoit un matin des SMS et des coups de fils vengeurs de son ancien violeur. En pleine mémoire traumatique, terrorisée, elle tente de se suicider par médicaments derrière le pavillon, puis ose aller dire

aux infirmières qu'elle a besoin de soins et demande à voir un psychiatre. Sans information ni soutien du personnel, Sophie a attendu seule, toute la journée dans la salle commune. Le psychiatre de garde est arrivé à 23 heures en lui disant «*vous me cassez les couilles, on ne me dérange pas pour ça*». Ensuite, il a reçu Sophie en public pendant 5 minutes, et l'a maltraitée verbalement. Plusieurs patients ont assisté à la scène et ont soutenu Sophie, pendant et après. Une action a été intentée contre le médecin avec nos témoignages écrits. La seule réelle solidarité humaine vient des patients eux-mêmes. Et de la médiatrice qui nous recevra et confirmera nos impressions. Nous enverrons plus de dix courriers dénonçant diverses violences. Bien sûr, cela affectera notre carrière de «patient modèle», nous vaudra de nombreuses inimités dans le personnel.

Un jour, une jeune patiente, Nathalie, se confie à nous sur ses envies suicidaires, le lendemain nous apprenons que l'infirmière lui a textuellement dit «*réussis-toi la prochaine fois tu ne nous feras plus chier*» et qu'elle avait été placée à l'isolement pour 2 jours minimum. Nous avons dénoncé. Mais le sentiment d'impuissance reste, désespérant, en sachant que chaque faux pas vous emprisonne un peu plus dans ledit système. Il faut donc jongler entre notre propre sécurité pour réussir son échappée (plus qu'une «sortie») et le besoin de garder notre intégrité morale. Nous y sommes plus ou moins arrivées, mais pas sans séquelles. Nous sommes d'accord avec Goffman lorsqu'il dit que «*toutes ces agressions (...) affectent sous diverses formes d'altération et de souillure la signification des événements qui touchent immédiatement le reclus, et le rendent dramatiquement impuissant à corroborer la représentation qu'il s'était faite de lui-même*» (Goffman, 1968 : 76). Garder la représentation de soi intacte est la seule chose à viser.

Notons que la solidarité entre patients est toutefois limitée puisque ils sont tous soumis à l'institution. Les trahisons et les dénonciations au personnel sont monnaie courante en vue d'obtenir des privilèges. La loyauté réelle n'existe pas. L'information et le secret se retrouvent toujours un moment divulgués aux autres malades. Les patients développent donc des tactiques pour survivre à cette vie de groupe compliquée : le repli sur soi total et l'isolement envers le groupe, l'intransigeance (ou lutte permanente contre l'institution et ses violences), l'installation (l'hôpital devient le foyer du patient et son seul point de repère) et enfin, le but ultime de tout cela, la stratégie de conversion (acceptation totale des règles oppressives considérées comme soin). Souvent, les patients mélangent les stratégies, car aucune des conduites n'est tenable seule dans la «carrière de malade».



*Le système de privilèges et de punitions*

Le système de privilèges est une réalité dans un groupe social de reclus. Au bout d'un certain temps d'internement, il existe des récompenses accordées au patient en échange de sa soumission mentale et de son obéissance. Par exemple, au bout de quatre mois, nous pouvions nous servir de la machine à café sans demander à une infirmière. Les faveurs sont toujours les choses que nous avons le droit de faire à l'extérieur et qui paraissent dénuées de sens, mais qui, pour quelqu'un qui en est privé, est symboliquement très important... Malheureusement, qui dit récompenses dit punitions lorsqu'on refuse de se soumettre à un avis infirmier. Les récompenses en général sont liées à l'accélération de la sortie, les punitions à son allongement.

Nous avons à ce propos vécu de graves violences de la part de deux assistantes sociales qui estimaient que nous mentionnions sur notre situation. L'une d'elles nous a jeté hors du pavillon en hurlant de colère *«Foutez le camp d'ici, les gens qui pleurent je les hais, vous n'avez pas le droit de venir ici, je ne veux plus jamais vous voir, dégagez et ne revenez pas...»* et sa collègue de renchérir *«Vous simulez, et vous allez chouiner chez la psychologue sur ce que je vous ai dit, vous n'êtes qu'une manipulatrice, vous ne méritez pas d'aide, la police allez-y à pied, je ne vous aiderai pas, et ne me demandez pas de vous y conduire»*. Quelques temps plus tard, la même assistante sociale, sous la contrainte, nous conduisit pour déposer notre plainte contre des anciens propriétaires... et nous menaçait ouvertement *«Je perds mon temps à vous conduire, je fais ça une fois, vous entendez, une fois, à perdre mon temps, ne m'emmerdez plus jamais et n'espérez plus jamais de votre vie qu'on vous aide, vous n'avez pas droit à cette aide, vous mentez...»*. Devant notre silence et nos larmes... elle a fini par se taire. Que pouvions-nous dire... nous avons subi ce trajet dans un état traumatique total et n'avons pas réussi à parler correctement aux policiers car l'assistante sociale nous a menacé également *«Et je viendrai avec vous, j'écouterai tout ce que vous dites, vous n'avez pas intérêt à mentir et à chouiner comme à votre habitude et à tout déformer, faites bien attention à vous sinon...»*. Que de violence alors que nous étions simplement arrivée un jour en pleurant devant notre psychologue, découragée par un procès perdu d'avance et par le manque d'écoute reçu au Pavillon. Par la suite, nous avons changé de stratégie et ne racontions plus rien à notre psychologue... nous tournant vers la médiatrice. Une phrase de notre psychologue nous a terriblement peinée *«Pour finir je vais croire que les autres ont raison, vous ne faites que dire ce qui ne va pas en consultation, mais bon il y a bien des choses qui vont non, vous déformez tout»*. Cette phrase issue de la personne en qui nous avions confiance nous a démolie plus que la tirade de l'assistante sociale. Voyant

cette personne une heure à peine par semaine, nous n'avons même pas compris tout de suite le sens de ce reproche. On ne va en général pas chez le psychologue (à l'intérieur ou à l'extérieur d'un asile) pour lui parler de ce qui va dans notre vie, il nous semble. Ou alors nous n'avons rien compris. Surtout que nous avons souvent eu le reproche inverse, de dire que tout allait bien alors que c'était faux. Une fois encore, la seule personne-ressource en qui nous avons confiance prouva son allégeance au système. Le patient doit être parfait et aller mieux. Nous comprenons que cette personne a fait de son mieux, n'ayant aucun choix vu que son soutien à notre cause la mettait en danger professionnellement. Il nous reste un réel trauma de ces moments difficiles.

Afin d'approfondir le sujet des récompenses et des punitions, les lieux sont aussi classés en lieux punitifs et en lieux de récompense. La salle de télévision, de sport ou de Snoezelen est une récompense. La cantine est une punition. La plupart des punitions consistent à retirer des droits que les autres patients ont : regarder la télévision, avoir des visites, pouvoir sortir le weekend. La punition suprême, agitée sous le nez des patients « rebelles » est celle du pavillon Sept. Ce pavillon est un lieu dangereux et fermé, car renfermant des criminels. Les sorties en sont interdites et les repas pris à l'intérieur. Au cours de notre observation, nous avons cependant rencontré des patients issus du fameux pavillon qui relatèrent que les gens étaient bien moins horribles que raconté. Le mythe du pavillon Sept comme punition suprême est comme tous les mythes destinés à faire peur aux enfants, créé de toutes pièces dans le but d'effrayer et d'interdire un comportement. Certains patients dudit pavillon participaient d'ailleurs à des ateliers thérapeutiques.

Dans le système de privilèges, la hiérarchie se dessine aussi dans le groupe de patients : certains peuvent librement dealer du cannabis et de l'héroïne, alors que d'autres devront passer deux jours en isolement pour avoir bu deux verres de vin rouge lors d'une sortie. Certains peuvent se battre et frapper les autres alors que d'autres finiront au cabanon pour une gifle ou un mot grossier... Il n'y a aucune logique dans les récompenses et les punitions soumises au système du privilège. Il faudrait des années d'observation pour se consacrer à ce phénomène. Notons que les plaintes des hommes sont beaucoup plus vite écoutées. Ils disposent clairement d'un privilège d'attention. Par exemple, un homme ayant été violé par des hommes a refusé la chambre commune et a fait un scandale pour les douches mixtes... il a été de suite entendu et mis en chambre particulière. Aucune femme violée n'a osé se plaindre de cela, et avoir une chambre particulière nous a demandé des semaines de négociations et d'humiliations diverses pour l'obtenir.

## La violence faite aux femmes en institution totalitaire psychiatrique

Si, nous l'avons vu, l'institution totalitaire violente les individus, les femmes vivent des violences spécifiques que ne doivent pas endurer les hommes. Nous allons ici tenter de les lister d'après nos observations. La logique commune de ces violences est qu'elles sont liées à la domination masculine régnant dans l'hôpital, en tout lieu et en tout temps, tant du côté des patients que des soignants. Nous reprenons donc la définition de Bourdieu lorsqu'il explique que la domination masculine, est invisible et inconsciemment reproduite car *« l'effet de la domination symbolique s'exerce à travers les schémas de perception, d'appréciation et d'action qui sont constitutifs des habitus et qui fondent, en deçà des décisions de la conscience et des contrôles de la volonté, une relation de connaissance profondément obscure d'elle-même »* (Bourdieu, 1998 : 43). Patients et personnel soignants ne sont donc absolument pas conscients des stéréotypes de genre et des violences qu'ils véhiculent. En tout cas, cela demande une prise de conscience qu'ils n'ont pas envie, nous l'avons vu, de faire. Les patients mâles s'efforcent en tous points de correspondre au schéma de la virilité classique, surtout qu'ils doivent affirmer leur identité mortifiée. La virilité est donc tout ce qu'il leur reste et ils le revendiquent clairement. L'identité virile, selon Bourdieu, *« est une notion éminemment relationnelle, construite devant et pour les autres hommes et contre la féminité, dans une sorte de peur du féminin, et d'abord en soi-même »* (Bourdieu, 1998 : 78).

### *La domination masculine chez les patients*

La violence envers les femmes en tant que patiente est assez terrible. Dès notre arrivée, nous avons donc pu constater la mixité des espaces de toilette ainsi que leur saleté, exigüité et surtout leur insuffisance numérique. Cette situation entraîne des violences machistes quotidiennes. Les remarques à la sortie de la douche, les insinuations *« quand est-ce que tu viens prendre un bain avec moi ? je t'attends »*, *« si tu ne fermes pas la porte à clé je viendrai te retrouver »* ... Nous avons en effet connaissance de certaines patientes qui n'osaient pas fermer les portes à clé, suite à un trauma, et qui vivaient dans l'angoisse qu'un homme vienne les déranger ou les agresser. Même si cela n'est jamais arrivé, les menaces et les moqueries ont été suffisantes pour que nous-mêmes regardions à deux fois le loquet de la porte de la douche et du WC. Le point sur lequel nous aimerions insister, au-delà de cette mixité imposée des sanitaires est leur disposition. Il aurait été possible de réaliser des toilettes mixtes où la vision des hommes urinant n'était pas obligatoire. Malheureusement, ce n'est pas le cas. Les patientes doivent voir les hommes uriner, sans

possibilité de faire autrement, car la porte s'ouvre sur les urinoirs. Nous avons donc du voir plusieurs fois des hommes montrer leur sexe en se vantant... ou même parfois sans le faire exprès... D'autre part, les toilettes mixtes imposent que les hommes aillent systématiquement déféquer dans les toilettes fermées, les femmes n'ayant donc qu'à supporter systématiquement la saleté liée et les odeurs, sans compter les bruits de certains. Le manque d'intimité est déjà suffisamment insupportable sans y rajouter cette sournoise domination masculine sur nos corps lors des besoins primaires de toilette et d'uriner.

Comme nous l'avons mentionné, de nombreuses patientes souffrent de constipation et de cystites car elles n'arrivent tout simplement pas à utiliser ces toilettes. Nous étions obligées de nous boucher les oreilles et de nous dissocier afin de pouvoir uriner également tant la situation était stressante. Surtout pour les victimes d'abus sexuels, qui étaient la majorité des femmes présentes dans le pavillon. Concernant les douches, pareillement, la conception a été faite de telle manière qu'on ne sait pas s'y habiller. Pourquoi ? Cela oblige les patientes à traverser les couloirs en petite tenue, voire nue, ou de supporter les habits mouillés... enfin, pourquoi cette violence supplémentaire dont bien sûr, les hommes ne se plaignent pas puisqu'ils peuvent se promener en slip sans recevoir de remarques.

De toutes nos observations, nous retenons que la position sociale des femmes en milieu psychiatrique est celle de proie et de marchandise.

D'abord de proie, car à tout moment, et dans les espaces, même les plus publics (ou privés), les hommes sont là pour vous rappeler votre condition d'objet sexuel. Remarques sur les vêtements, sur votre corps, harcèlement sexuel constant (parfois même envers les infirmières). De nombreux groupes de jeunes hommes du pavillon des addictions sont ainsi installés sur les bancs dans le parc reliant les divers pavillons. Impossible d'échapper aux remarques sexistes sur nos vêtements, notre attitude. Un jour ainsi, allant fumer une cigarette dehors au self, nous nous fîmes insulter par toute une bande de patients car « *tu pourrais sourire connasse ça te coûterait pas plus cher* ». Ce à quoi nous avons répondu sèchement que nous n'étions pas ici pour sourire et qu'ils avaient intérêt à nous laisser tranquille. Peu habitués à une réponse ou à une contre-agression, ils ont décampé. Malheureusement, de nombreuses femmes ne peuvent pas se défendre, et subissent de plein fouet ce harcèlement constant sans pouvoir rien faire. Que ce soit aux ateliers ou dans le parc, ou dans le pavillon il faut tout supporter : les « *salopes, connasses, pouffasses, bitch, grougnasse, grosse pute et eeeeh madmoizelle* » quotidiens, les exhibitions de sexe ou de fesses masculines quand c'est possible, les plaisanteries

sexuelles et graveleuses, humiliantes, dénigrantes... Nous sommes des proies sexuelles possibles pour chaque patient, et ils nous le font bien comprendre. L'attitude du personnel soignant (pas des psychologues) face à cela est complètement ahurissante dans sa non-intervention. La dimension de violence sexuelle est totalement niée.

Ainsi, un patient violeur (nous le savions) passait près de nous en permanence en émettant des bruits évocateurs d'ébats sexuels. Dégoûtée au plus haut point, nous allâmes nous en plaindre aux infirmières. Pour toute réponse nous obtînmes « *c'est sa pathologie<sup>2</sup>, il faut le supporter comme cela* ». Alors que les femmes, bien sûr, doivent contrôler leurs émotions ou pathologies, les hommes sont, les pauvres, soumis à leurs incontrôlables pulsions naturelles. Le discours freudien est tellement intégré que rares sont les personnes à le remettre en question. Ainsi, nous sommes allées trouver ce patient de 65 ans, obèse et très négligé... et lui avons dit de manière assertive que cette attitude nous dégoûtait et que nous souhaitions qu'il arrête cela immédiatement. Il a directement cessé d'émettre ces bruits dégoûtants et de nombreuses patientes sont venues nous remercier.

Les femmes vivent dans la peur des patients masculins et n'osent rien leur dire car leur violence est considérée comme normale. A l'inverse, toute femme qui fait une réflexion de ce genre à un homme sera réprimandée. Une patiente *borderline* dit ainsi un jour à un homme qu'il lui plaisait et fût convoquée immédiatement au bureau des infirmières et dût s'excuser... Deux poids deux mesures pour les hommes et les femmes. Seules certaines psychologues remettent les hommes à leur place et les recadrent sur leurs réflexions sexistes. Par contre, sur leurs réflexions racistes, elles ne disent rien. Nous fûmes horrifiées d'entendre certains discours tenus dans les ateliers thérapeutiques.

Notons que le fait de mélanger les agresseurs et les victimes de violences sexuelles nous paraît des plus malsains. Comment une victime pourrait-elle aller mieux en étant en situation de danger permanent, réel ou possible ? Au départ, nous ne pouvions fermer l'œil de la nuit tant nous étions terrorisées par certains patients (qui disaient ouvertement avoir violenté leur femme). La situation était encore pire dans le pavillon de semaine où nous étions seuls la nuit. Seul un veilleur de nuit effectuait des rondes... il n'y avait AUCUN moyen d'appeler à l'aide au cas où quelque chose se passerait. Rétrospectivement, cela nous effraie encore plus. Bien sûr, les femmes qui angoissent à ce sujet sont traitées d'hystériques et leur ressenti tout à fait normal est dénié.

La formation des couples est une autre des violences masculines imposée à toutes dans l'hôpital entre les patients. Dès qu'une nouvelle patiente arrive, elle fait l'objet de convoitise et de remarques et invitations

sexuelles. Certaines y cèdent et finissent en couple, dans le plus pur attachement traumatique<sup>3</sup>. Il s'agit souvent de très jeunes filles victimes d'abus répétés, qui se sentent obligées de sortir avec des hommes plus âgés pour bénéficier de leur protection contre les autres agresseurs. Nous avons recueilli le témoignage de plusieurs d'entre elles. Nous donnons celui de Sophie, 17 ans, victime d'inceste depuis son plus jeune âge. « *Il a tellement insisté tu vois, Pierre (ndlr : 52 ans). Oui, je le trouve moche mais il est gentil. Moi, je ne voulais que d'une amitié, tu vois, qu'il me protège des autres qui essaient tout le temps de me choper dans les couloirs. Mais bon, il a bien fallu que je cède, alors j'ai bu beaucoup et j'ai fumé des joints pour supporter. Le pire c'est qu'il croit que j'adore ça mais moi, il me dégoûte, j'ai vomi tout le lendemain. Mais, bon, au moins, je suis protégée, je peux me promener tranquillement dans l'hôpital, si quelqu'un me touche il leur casse la gueule* ». La pauvre Sophie ignorait que le brave Pierre allait la refiler à son meilleur ami une fois leur relation finie... sans même lui demander son avis. Car nous sommes, avant tout, des marchandises. Nous prenons place dans le système des privilèges masculins. Notre soi-disant protection contre les prédateurs échangée contre le sexe est en fait une violence et un mensonge de plus.

Nous sommes donc des marchandises. Comme l'a observé Hubert Prolongeau (2002) en seulement quatre jours (!) d'hospitalisation en psychiatrie, les femmes sont considérées par les patients comme des biens de consommation, identiques aux cigarettes. Il avait observé que les patients cotaient les femmes en calculant le nombre de cigarettes qu'elles valaient. Nous avons pu observer des comportements identiques. Ainsi, deux hommes du pavillon des addictions nous expliquaient leur tableau de critères pour noter les femmes... en terminant par le prix, équivalant à autant de cigarettes qu'ils seraient prêts à payer. Entre eux, les hommes discutent de la « baisabilité » des femmes. Quand une leur dit non, ils en font toute une histoire et se victimisent... avant d'aller en chercher une autre. Nous avons été ainsi harcelée par un patient particulièrement pénible, qui, au vu de nos refus, nous insulta et fit en outre courir le bruit qu'il nous violerait lorsqu'il le voudrait. Voilà le genre de propos entendus quotidiennement par les femmes. Par moment, nous avons l'impression d'être dans un grand système prostitutionnel. Il y avait les macs (les leaders des patients), qui autorisaient ou non les relations sexuelles avec leurs « filles » ... et tout ça sous l'œil du personnel qui ne disait rien du tout. Et même pire, certains infirmiers profitent allègrement du système mis en place et piochent à l'envi dans le « troupeau de patientes » ou distribuent des préservatifs (fait confirmé également par Prolongeau, 2002). Car avant d'être des soignants, ils sont des hommes, et imposent leur violence en tant que tels. Et cela n'est pas sanctionné par l'institution mais

vu comme normal. Les couples infirmiers-patients sont tout à fait tolérés à notre grande surprise.

Un jour, très en colère contre ces patients, nous sommes allés les trouver et leur avons demandé s'ils n'avaient pas honte d'utiliser les femmes qui viennent ici pour être soignées et non pour être traitées comme des marchandises. Nous fûmes étonnées de leur réponse, car non seulement ces hommes connaissaient très bien le fonctionnement de la mémoire traumatique, mais en plus, ils s'en vantaient. Nous citons, ici, Joseph, 65 ans, « *On les repère vite hein ces filles-là, les petites jeunes qui ont été bien traumatisées. Elles se laissent faire facilement. Alors écoute hein, on va pas aller se casser le cul à devoir séduire quelqu'un alors que y' a des connes qui ouvrent les jambes facilement parce qu'elles ont été traumatisées plus jeunes et qu'elles ont l'habitude. On a des besoins nous, faut bien les satisfaire, tu ne peux pas comprendre* ». Notre rage fût telle que nous avons quitté la conversation. Ces hommes, issus de tous les milieux et de toutes les classes agissent donc en pleine conscience de l'état de faiblesse des femmes. Ils se considèrent comme des prédateurs et en sont fiers. Ils en tirent même une composante identitaire de leur virilité. Ce constat nous a profondément terrifiée et choquée. Nous devons dormir avec ces gens, manger avec eux, nous laver... Nous devons donc « guérir » en vivant à côté de ces hommes pensant que toutes les femmes leur sont dues et recherchant les failles chez les plus traumatisées pour pouvoir les « baiser ». Si l'Asile est un miroir grossissant, il l'est particulièrement pour les rapports de domination entre les sexes. La notion de consentement n'a même pas lieu d'être car « *il suffit d'insister un peu et elles cèdent toujours, et celles qui ne cèdent pas ce sont des coincées* » (Paul, 45 ans). « *De toute façon elles s'habillent en putes, alors c'est bien fait qu'on les viole et qu'on les utilise comme des putes, les femmes ici c'est des salopes en puissance, elles adorent ça se faire baiser et nous provoquer tout le temps* » (Carl, 32 ans).

#### *La domination masculine des soignants et soignantes*

La violence masculine des soignants n'est malheureusement pas l'apanage des hommes. Les femmes infirmières ne sont pas mieux. Remarques sexistes, invitation à se mettre en couple ou en ménage avec un patient ou l'autre. Nous avons été horrifiées d'assister à des scènes où les infirmières expliquaient que les patientes devaient aider les hommes et les soutenir car ils souffraient... Encore une fois, les stéréotypes sur les femmes « sauveuses » et à l'écoute des hommes étaient légion. Une patiente se vit ainsi forcée par le personnel d'accueillir chez elle un patient SDF, violent, avec qui elle avait une relation de couple. Personne ne pense aux intérêts des femmes, financiers, moraux et de santé.



La disposition même des pavillons nous fait nous interroger. Est-il logique que le pavillon des dépressifs soit situé à côté du pavillon des addictions où la plupart de la population y est contre son gré afin d'éviter la prison et ne se trouve pas dans une démarche thérapeutique ? Les prédateurs viennent essentiellement de ce pavillon et les victimes d'hommes violents sont dans l'autre. Était-ce obligatoire d'accoler ces deux pavillons ? Et le pavillon des jeunes, où les prédateurs vont aussi piocher à leur guise dans les filles disponibles, ne pourrait-il pas être situé ailleurs pour plus de protection ? L'organisation sociale même des bâtiments invite à la logique de prostitution et de marchandisation des femmes. C'est en voyant se répéter un schéma identique à au moins cinq reprises que nous en sommes arrivées à cette conclusion. Notre premier psychiatre, féministe, passait son temps personnellement à jeter dehors les « jeunes coqs » qui venaient ennuyer les patientes du pavillon 5. Mais par la suite il fût envoyé ailleurs et le nouveau psychiatre, masculiniste, permit cela.

Ce psychiatre a lui seul mérite qu'on s'y attarde. Se permettant des remarques sexistes en permanence, jugeant le physique des patientes, leur coupant la parole et les insultant régulièrement, il se permettait aussi de tenter de les séduire ! Nous avons appris qu'il entretenait également des relations sexuelles avec de jeunes infirmières, tout autant victimes que nous de ce système prostitutionnel. Profiter de sa position de psychiatre pour abuser des femmes et de leurs traumatismes nous paraît être une faute professionnelle très grave et nous l'avons dénoncée à plusieurs reprises à la médiatrice de l'hôpital.

C'est aussi à cause de ce psychiatre qu'une jeune fille mineure, handicapée mentale légère, subit un viol par un des patients (reconnus pour faits de mœurs) du pavillon des addictions. C'est le viol que nous mentionnons plus haut. Aucune protection n'avait été prévue pour cette jeune fille et elle fût dès ses premiers jours la proie des prédateurs sexuels. Pour être protégée elle accepta de sortir avec l'un d'entre eux, qui la viola dans les bois proches de l'hôpital (autre lieu encore une fois peu sûr et sous la domination masculine). Ce que nous avons pu saisir de l'histoire est terrible. D'un âge mental d'environ 8 ans, elle avait dit à son agresseur qu'« elle voulait bien un bébé avec lui », sauf que pour elle, cela signifiait un bisou sur la bouche... Entre le non-professionnalisme du psychiatre qui l'avait placée consciemment dans l'aquarium à proies que constitue le pavillon des dépressifs et les remontrances qu'elle a subies de la part des infirmières (« *c'est de ta faute, tu n'avais qu'à pas lui parler, on te l'avait dit* »), nous fûmes horrifiées. Ajoutons que la surveillance de la jeune femme avait été demandée... à un patient ayant lui-même assassiné sa femme. Donc, le personnel était tout à fait au courant de ce qui allait arriver, mais n'a rien fait, il a consenti. La police fût appelée et l'homme



récidiviste relâché bien sûr puisque la petite avait « donné son consentement ». Nous avons vu tant de cas de viols durant notre séjour de douze mois que nous nous demandons parfois comment nous avons réussi à nous soigner, et surtout, comment les femmes survivent dans ce monde hostile masculin. Et surtout, pourquoi personne ne remet en question ces violences masculines qui empêchent toute thérapie sur la mémoire traumatique d'être efficace puisque les femmes se trouvent dans un lieu non-sécurisé.

Nous avons tenté plusieurs fois d'expliquer les théories de Muriel Salmona au personnel infirmier. Nous fûmes tournée en ridicule et même accusée de nous servir de nos connaissances pour nous victimiser. « *Oui c'est ça, cachez vous derrière votre mémoire traumatique pour ne pas avancer* ».

À côté de ça, le personnel se mêle de la vie privée, interdit des couples, en pousse d'autres à se former, dans le délire le plus total. Où se trouve la question du bien-être de la patiente dans cet univers ubuesque ? Et c'est vers la fin de notre séjour que nous avons compris pourquoi les toilettes étaient mixtes... suite à des confidences de patients masculins... C'est là qu'ils attrapaient leur proie le plus facilement. Nous ne savons pas si notre cerveau nous a caché cette information pourtant évidente pour survivre ou si cela constitue un tel non-sens thérapeutique que cela ne nous était même pas passé par l'esprit. Mais en effet, une fois les faits intégrés et analysés, la raison de l'existence de ces toilettes et douches mixtes (non surveillées), est bien la continuation de la violation de l'espace, des corps et de la marchandisation des femmes. Puisque les chambres sont non-mixtes, il fallait bien un endroit pour qu'aient lieu les viols et les divers trafics : drogue, alcool... Cette conclusion peut avoir l'air dure. Mais elle est réaliste. La peur des femmes est donc totalement justifiée dans ces espaces.

Lorsque nous avons compris cela, nous avons interrogé plusieurs membres du personnel sur les rapports sexuels dans l'institution. Concernant ceux entre patients, ils étaient sûrs qu'ils étaient tous consentis et s'ils ne l'étaient pas, que cela venait de la pathologie de la patiente (jamais de celle du patient). Nous apprîmes en outre, sans surprise, que la sortie pour se rendre chez les prostituées était au programme puisqu'il fallait bien que les pauvres hommes se vident... et que pour les soignants, mieux valait que cela se fasse sur les personnes consentantes que sur les patientes. La vision de la prostitution comme service social est celle entendue à de nombreuses reprises dans le milieu psychiatrique, totalement soumis à la domination totalitaire et masculine.

## Conclusions et recommandations

Nous souhaitons conclure cette recherche par le relevé des éléments à améliorer concernant la prise en charge psychiatrique des patientes. En effet, de nombreuses fois, nous avons été interrogées sur le fait de devoir ou non se faire hospitaliser. « *Y retourneriez-vous ?* ». Notre réponse est nuancée. Oui, nous y retournerions lorsque la vie est en danger, lorsqu'il n'y a pas d'autres solutions, car la société n'a produit que cela pour les personnes dépressives en trouble suicidaire. La présence des hôpitaux psychiatriques est une nécessité vitale. Cependant, de nombreuses choses pourraient éviter aux femmes de subir la violence inhérente à ce milieu.

D'une part, il serait temps que le milieu psychiatrique, et surtout infirmier, se remette en question du point de vue de la violence morale imposée comme soin. La réalisation d'études objectives à ce sujet permettrait peut-être d'entériner cette vieille logique du patient « fou » à remodeler et à réintégrer via la mortification de sa personne. Il est bien triste qu'encore aujourd'hui on isole des personnes dépressives dans un lieu de torture et qu'on leur fasse subir des électrochocs. Cela n'est pas normal dans un pays dit « civilisé ». La torture morale et physique infligée aux patients, le déni de leurs émotions et le système de punition et de privilège devraient être abolis totalement. L'institution psychiatrique devrait sortir de son costume totalitaire pour devenir un réel lieu de soin et d'épanouissement. Nous savons que de nombreux soignants tentent de faire changer les choses en ce sens. Cela donne espoir pour l'avenir. Il est intolérable que des êtres humains doivent subir de tels actes sous prétexte d'être soignés.

Concernant la violence spécifiquement faite aux femmes, nous insistons en premier lieu sur la non-mixité obligatoire des lieux de repos et sanitaires, au minimum. Le droit à la sécurité physique nous paraît devoir être respecté et il ne l'est pas tant que la culture du viol règne en maître dans ces institutions, comme partout ailleurs dans la société. Et si cette non-mixité n'est pas possible, que les soignants au minimum soient conscients des risques sexuels encourus à tout moment par les patientes. Le personnel médical doit absolument sortir du déni total de cette violence. La réflexion autour des logiques de construction des pavillons, des sanitaires et de la répartition des patients doit passer par ce filtre, sinon la violence sexuelle ne peut diminuer. Lorsque nous avons évoqué ces pistes avec des soignants, nous nous sommes heurtée au déni et bien sûr au fait que nous exagérons les faits. Mais les faits sont là. Il suffirait de réaliser des enquêtes sur la violence sexuelle en milieu psychiatrique afin de récolter des données fiables auprès des patientes.

En deuxième lieu, il serait bon d'instaurer des mesures de protection élémentaire. A savoir, ne jamais mélanger d'agresseurs et de victimes de

violences sexuelles, et prendre en compte le passif à ce sujet des patients masculins. Nous comprenons l'idée que chaque patient mérite d'être soigné, mais pas à décharge d'autres personnes, dont les femmes, méritant tout autant d'être soignées en se trouvant en sécurité.

En troisième lieu, au cas où des violences sexuelles arrivent, il serait a minima obligatoire de reconnaître et de nommer ces violences et d'apporter les soins nécessaires à la patiente. Qu'on ne puisse empêcher le viol est une chose. Qu'on culpabilise la victime en est une autre. Nous rejoignons Muriel Salmona sur la nécessité urgente de former le personnel à une meilleure prise en charge des victimes de violences sexuelles. La réalité de la mémoire traumatique et de ses mécanismes devrait être connu par tous les soignants.

Et enfin, il serait souhaitable de réaliser une réelle sensibilisation et une formation auprès des soignants en psychiatrie pour leur enseigner une vision plus libérée des stéréotypes de genre. Et les sensibiliser ainsi à la culture du viol. Non, les hommes n'ont pas des pulsions intolérables qu'il faut soulager. Non, les hommes n'ont pas le droit de considérer les patientes comme des proies et des marchandises. Oui, les patientes ont le droit de demander à un homme d'arrêter de les harceler, physiquement et moralement. Ce n'est pas parce que l'institution psychiatrique enlève tous les droits aux êtres humains qu'elle a également le droit d'enlever le droit à l'intégrité psychique et physique des femmes. Bref, réaliser un tour d'horizon de la culture masculine présente en hôpital psychiatrique nous semble crucial. La culture du viol, vue comme immuable, y fait des victimes quotidiennes qui souffrent en silence. Déjà fragilisées, ou au préalable agressées, ces femmes ne peuvent ni dire ce qu'elles endurent (car elles ne sont pas crues), ni même témoigner de leur vécu en-dehors de l'institution.

C'est pour elles que nous avons écrit ce texte. Nous sommes libres, nous sommes sorties de l'institution totalitaire. Mais une partie de notre âme est restée là-bas... et continue de souffrir lorsque nous pensons à toutes les femmes, les jeunes filles, qui doivent subir la violence sexuelle au quotidien, en silence et avec la participation, principalement inconsciente, du personnel soignant. En clôturant ce texte, nos pensées vont vers elles et nous les remercions de la confiance mais aussi de la sororité dont elles ont fait preuve pour nous confier ces témoignages.

## Notes

- 1 Le « transfert psychologique » est l'excuse-type pour empêcher tout rapprochement humain entre personnel et malades, et même entre malades. L'entraide est interdite partout dans l'institution car elle est nommée comme relevant de notre pathologie et jamais du simple sens commun ou de l'empathie naturelle.
- 2 Pour de nombreuses infirmières, être violent, être violeur, fait partie d'une pathologie... symétrique à une dépression et surtout, cela n'a rien à voir avec un comportement spécifique aux hommes.
- 3 Nous nous référons ici au concept d'attachement traumatique tel que décrit par Muriel Salmona dans son article sur les psychotraumatismes dûs aux agressions sexuelles in <http://memoiretraumatique.org/> (consulté le 4 février 2015 à 18h00).

## Bibliographie

- AUSTIN, J., *Quand dire c'est faire*, Paris : Editions du Seuil, 1970 (Traduction par G. LANE de *How to do Things with Words: The William James Lectures delivered at Harvard University in 1955*, Oxford : Ed. Urmson, 1962).
- BOURDIEU, P., *La domination masculine*, Paris : Editions du Seuil, 1998.
- CASTEL, R., Présentation, in GOFFMAN, E., *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris : Editions de Minuit, 1968.
- COULON, A., *L'ethnométhodologie*, Paris : Presses Universitaires de France, 1987.
- CROZIER, M., et FRIEDBERG, E., *L'Acteur et le système*, Paris : Editions du Seuil, 1981.
- FOUCAULT, M., *L'histoire de la folie à l'âge classique*, Paris : Editions Gallimard, 1961.
- GOFFMAN, E., *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris : Editions de Minuit, 1968.
- PROLONGEAU, H., *La cage aux fous*, Paris : Libro, 2002.
- WITTEZAELE, J-J. (dir.), *La double contrainte. L'héritage des paradoxes de Bateson*, Bruxelles : De Boeck Université, 2008.

---

## Auteur·e·s

L'Université des Femmes a réalisé cette édition des *Pensées féministes* avec la collaboration de :

**Isabelle ALGRAIN** est docteure en Histoire, arts et archéologie et collaboratrice scientifique au Centre de Recherches en Archéologie et Patrimoine de l'Université libre de Bruxelles. Elle a notamment travaillé sur la question de la représentation et de la construction identitaire des femmes dans la Grèce antique. Après une carrière dans l'enseignement, elle a rejoint l'équipe de l'Université des Femmes où elle coordonne l'organisation des séminaires internationaux d'études féministes et les publications qui s'y rapportent, ainsi que les projets en lien avec l'enseignement et l'éducation.

**Marilyn BALDECK** est déléguée générale de l'Association européenne contre les Violences faites aux Femmes au Travail, spécialiste des violences sexistes et sexuelles au travail. Elle intervient auprès des victimes pour qu'elles soient remplies de leurs droits, forme les acteurs professionnels concernés et agit sur les pouvoirs publics pour impulser des politiques de lutte contre les violences faites aux femmes et des réformes législatives.

**Nahema HANAFI** est maîtresse de conférences en histoire moderne et contemporaine à l'Université d'Angers (Cerhio). Cet article est directement issu de sa thèse de doctorat en histoire intitulée *Le frisson et le baume. Souffrantes et soignantes au siècle des Lumières*, Université Toulouse II-le Mirail et Université de Lausanne, 2012.

**Frédérique HERBIGNIAUX** est sociologue et détentrice d'un master et d'un diplôme de troisième cycle en Théories de la Communication et de l'Information. Formatrice d'adultes et chercheuse, elle est investie depuis 15 ans dans la lutte féministe contre la violence envers les femmes et les enfants.

**Isabelle JACQUET** est docteure en sociologie, chercheuse associée auprès du laboratoire « Langage et Société » de l'Université Ibn Tofail à Kénitra au Maroc et consultante indépendante. Ses deux champs d'étude sont la vieillesse au Nord et au Sud et le genre. Elle a été enseignante à l'IHECS

de Bruxelles Haute Ecole Gallilée. Elle a travaillé en RDC (République Démocratique du Congo, en Belgique et au Maroc. Elle est membre de l'ONG « le Monde selon les femmes » à Bruxelles.

**NADINE KACENELENOGEN** est docteure en médecine générale et chercheuse au Département de médecine générale de l'Université libre de Bruxelles.

**Manon LOUVRIER** est sage-femme, membre du Mouvement Français pour le Planning Familial. Le texte écrit pour ce volume est issu de son travail de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme en 2013 à Mons (Belgique).

**Karen MESSING** est professeure émérite d'ergonomie au centre de recherches CINBIOSE de l'Université de Québec à Montréal, Canada. Ses recherches, effectuées en collaboration avec des groupes de femmes et des syndicats, applique une analyse genrée à la santé au travail. Elle est l'auteure de « One-Eyed Science: Occupational Health and Working Women » (Temple, Philadelphia, 1998) et « Pain and Prejudice: What Science Can Learn About Work from the People Who Do It » (BTL, Toronto, 2014). Elle est membre de l'équipe de recherche « Gender equity in occupational health » soutenu par le Fond de recherche du Québec-Société et Culture et est chercheuse principale de l'équipe d'intervention sur le transfert de connaissances « Modeling an approach to gender-conscious participatory action oriented research and knowledge transfer » de l'Institut pour le genre et la santé.

**Khadija OUNCHIF**, assistante sociale au CETIM (Centre d'étude et de Traitement de l'Immunodéficience) du CHU Saint-Pierre et administratrice d'AWSA-Be. Elle a réalisé avec Abdel Gandouz (via une formation par les Pairs arabophones) une vidéo sur les problèmes de toxicomanie dans les communautés originaires du monde arabe ou encore des romans photos dont un intitulé « *je suis séropositif et alors ?* ». Elle a participé à la rédaction de plusieurs brochures, flyers et affiches de centres de santé ainsi qu'au programme de prévention de la Plateforme Sida avec notamment un projet d'exposition photos « *Vivre ensemble* ». Elle a participé à différentes émissions radio toujours dans l'objectif de briser le silence (notamment « Et Dieu dans tout ça ? » sur la Première et de nombreux passages sur la radio belgo maghrébine *Arabel*). Elle a coécrit avec Alicia Arbid, le cofret pédagogique « Santé sexuelle et affective » publié par l'asbl AWSA-Be (avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin) qui traite de questions telles que les droits sexuels et reproductifs, l'estime de soi et le bien-être, le choix du partenaire, les stéréotypes liés au genre, les IST, les violences faites aux femmes... Elle continue à travailler en synergie avec plusieurs organisations au sein de différents réseaux, dont AWSA-Be, autour de ces thématiques de santé, de féminisme et de droits des femmes qui lui tiennent

à cœur. Elle a reçu le titre honorifique de « Femmes de Paix 2011 » par le *Vrouwenraad*.

**Judith TRINQUART** est diplômée de médecine générale de l'Université de Bobigny-Paris XIII, titulaire d'une Maîtrise de Santé Publique de l'Université Bicêtre-Paris XI, d'une Capacité de Pratiques Médico-Judiciaires, d'un Diplôme Universitaire de Criminalistique, d'un DU de Victimologie, d'un DU de Réparation du Dommage Corporel, tous diplômes de l'Université René-Descartes-Paris V. Médecin légiste à l'Unité Médico-judiciaire de Pontoise-Gonesse (Val d'Oise) depuis 11 ans, elle travaille aussi en Centre d'addictologie, accueil pour les toxicomanes, sur le même département. Sa dernière publication, « Prise en charge à l'unité médico-judiciaire des femmes victimes de violences conjugales », est parue en 2016 dans le volume « Violences conjugales et famille », dirigé par Roland Coutanceau et Muriel Salmona, aux Editions Dunod.

**Manon VIALLE** est docteure en sociologie et est affiliée au Centre Norbert Elias de l'EHESS. Ses travaux portent sur les représentations, traitements et vécus de l'infertilité. Sa thèse de doctorat intitulée *Infertilité « normale » vs infertilité « pathologique » : une opposition en question. Normes et pratiques de l'AMP française face à l'infertilité féminine liée à l'âge*, soutenue en décembre 2017 étudiait plus spécifiquement l'infertilité féminine liée à l'âge en France. Actuellement en post-doctorat, elle poursuit ses recherches sur l'infertilité en s'intéressant à la fois aux questions de parenté, d'âge, de genre et de temporalité biographique, cette fois-ci dans un autre cadre ; celui des infertilités masculines et féminines liées aux traitements anticancéreux chez les adolescents et jeunes adultes. Parmi ses publications, on compte « L'« horloge biologique » des femmes : un modèle naturaliste en question. Les normes et pratiques françaises face à la croissance de l'infertilité liée à l'âge », *Enfances, Familles, Générations*, n° 21, 2014, p. 1-23.

**Laurent VOGEL** est docteur en droit, chercheur sur les questions de santé au travail à l'Institut syndical européen où il travaille en particulier sur les questions de genre en santé au travail, sur la lutte contre les cancers professionnels et sur l'évolution des législations européennes dans ce domaine. Il enseigne également le droit de la santé au travail à l'Université libre de Bruxelles et à l'Université Paris XIII. Il est l'auteur de nombreuses publications sur les conditions de travail et la santé au travail.

## Table des matières

- Introduction	
Isabelle ALGRAIN	5
- <i>Regards croisés sur le corps des femmes. Discours médicaux et expériences féminines au siècle des Lumières : le cas du sang menstruel</i>	
Nahema HANAÏ	13
- <i>Des soins différents pour les patientes et les patients ? L'approche du « genre » à l'hôpital et dans les cabinets médicaux</i>	
Isabelle JACQUET	47
- <i>L'opposition « femme-nature » et « homme-culture » au cœur de la conception des seuils de la reproduction en AMP face aux pratiques des médecins et patientes en France</i>	
Manon VIALLE	59
- <i>Grossesse, accouchement, arrivée d'un enfant : entre choix et normes</i>	
Manon LOUVRIER	89
- <i>« Chausser les lunettes du genre » pour comprendre l'impact des conditions de travail sur la santé</i>	
Laurent VOGEL	101
- <i>Une intervention féministe qui a nui aux femmes : différences biologiques, égalité, ergonomie et santé au travail</i>	
Karen MESSING	113
- <i>La santé des femmes en situation de prostitution</i>	
Judith TRINQUART	131
- <i>Soignant·e·s/soigné·e·s : une relation neutre ? La/le généraliste et la souffrance familiale : l'enjeu relationnel</i>	
Nadine KACENELENOGEN	145
- <i>Violences sexuelles commises par des professionnels de santé : Hippocrate phalocrate ?</i>	
Marilyn BALDECK	157
- <i>Santé sexuelle et VIH/sida, un combat aussi pour les communautés du monde arabe</i>	
Alicia ARBID et Khadija OUNCHIF	179
- <i>Domination masculine et violences faites aux femmes en milieu totalitaire psychiatrique</i>	
Frédérique HERBIGNIAUX	185
- <i>Auteur·e·s</i>	223
- <i>Remerciements</i>	229



## REMERCIEMENTS

L'Université des Femmes remercie les pouvoirs subsidants pour l'aide apportée à la présente recherche :

- Joëlle Milquet, Vice-première Ministre, Ministre de l'Intérieur et de l'Égalité des chances
- Isabelle Simonis, Ministre de l'Enseignement de Promotion sociale de la Jeunesse, des Droits des Femmes et de l'Égalité des Chances
- La Commission Communautaire Française - COCOF
- Le Fonds National de la Recherche Scientifique - FNRS
- Alexandra Adriaenssens, Direction de l'Égalité des chances de la Fédération Wallonie-Bruxelles
- L'Institut pour l'Égalité des femmes et des hommes





Achevé d'imprimer en octobre 2018  
Impression : Albe De Coker nv  
Industrieterrein Polderstad  
Boombekelaan 12  
BE-2660 Antwerpen (Hoboken)

Édité par l'Université des Femmes  
Rue du Méridien, 10  
1210 Bruxelles