



RÉFLEXIONS AUTOUR DU COLLOQUE 'GYNÉCOLOGIE ET FÉMINISME: CAUSES COMMUNES?'

Eva COTTIN

Linguiste et féministe militante

Pour les absent-e-s à nos trois journées de colloque ou profanes de la médecine, Eva Cottin nous propose un tour d'horizon des récits, analyses et débats du colloque «Gynécologie et Féminisme: causes communes»? qui l'ont marquée.

PREMIERE PARTIE

PRÉSENTATION ET HISTORIQUE DES NORMES ET PRATIQUES GYNÉCOLOGIQUES

Les points de vue historiques sur la médecine sont utiles pour nous rappeler que de tous temps, dans toutes les civilisations, les pratiques, représentations, théories et normes autour du corps et de son approche médicale varient. En ce qui concerne le corps des femmes en particulier, la science et la médecine ont longtemps été utilisées, détournées, pour décréter l'infériorité naturelle des femmes et justifier la domination masculine. Nahema Hanafi nous donne un aperçu des premières traces que l'on trouve du pouvoir médical pris sur le phénomène des menstruations, au siècle des Lumières. Historienne à l'université d'Angers, elle a étudié à la fois les postulats et théories des médecins et les écrits intimes de femmes aisées et éduquées. Étonnamment, évoquer les menstruations est alors chose courante - elles en parlent dans leur famille, à leur femme de chambre, au médecin - mais de nombreuses périphrases et euphémismes sont employés. À l'époque, toute la constitution des femmes, dans les différentes théories médicales (principalement la théorie des humeurs et la théorie de la sensibilité), est considérée comme négative, faible, et sujette à toutes les maladies, en comparaison avec celles des hommes, détenteurs d'une norme corporelle considérée comme saine et équilibrée. Dans

la théorie des humeurs, les règles sont nécessaires pour «purifier» les femmes de leur excès de liquide, et un déséquilibre pourrait entraîner de nombreuses maladies. L'excès d'autres liquides, comme le liquide séminal que l'on trouve aussi bien chez l'homme que chez la femme, est aussi néfaste: ainsi une sexualité régulière, contrôlée et dans le cadre du mariage, est prescrite, pour éviter aux femmes toutes sortes de maladies terribles, dont la «fureur utérine» ou nymphomanie. Ce que l'on note surtout, c'est que les menstruations, rythme biologique des femmes, sont un prétexte à l'organisation de toute leur vie sociale: mariage précoce, sexualité contrôlée, grossesse, puis mort sociale et affective au temps de la ménopause. Perdant son liquide ou voyant ses nerfs se durcir, la femme vieillissante se «masculinise» mais n'en devient pas plus valorisée, étant alors conçue principalement comme dangereusement lubrique et autoritaire dans nos sociétés.

Une autre histoire, celle du combat pour l'accès à la contraception, nous a été retracée par Alexandra Roux, doctorante en sociologie à l'EHESS à Paris. Elle note, des années 1960 à aujourd'hui, chez les gynécologues comme chez les féministes, un changement des paradigmes, normes, représentations, autour des moyens de contraception disponibles. Dans les années 1960-1970, gynécologues et féministes s'allient dans un même combat émancipateur pour les femmes, celui de l'accès à la pilule contraceptive. Dans la lutte contre les décès liés aux avortements clandestins, militer pour une «prévention» fait davantage consensus que de militer pour le droit à l'IVG. Parmi

toutes les moyens de contraception disponibles, que certains magazines et brochures de l'époque présentent comme des catalogues avec avantages et inconvénients, méthodes naturelles comprises, la pilule émerge petit à petit comme la contraception par excellence, la meilleure, d'autant plus que son action est séparée de l'acte sexuel. Les brochures médicales la vantent même comme efficace à 100%, et elle devient la «contraception-star», et est de plus en plus prescrite automatiquement, jusqu'aux récents scandales causés par les pilules de 3^e et 4^e génération.

ÉCHANGES SUR LES REPRÉSENTATIONS AUTOUR DES RÈGLES ET DE LA MÉNopause

Si les initiatives politiques, culturelles, artistiques autour des règles se sont multipliées, les règles sont encore un sujet enfermé dans des croyances et des tabous millénaire, et parler des règles reste un acte féministe, ailleurs comme ici. Aujourd'hui en Belgique, beaucoup de filles voire de femmes restent dans l'ignorance de leur anatomie (interne et externe) et du fonctionnement de leur cycle. L'école devrait se charger d'informer les jeunes filles sur ce qui est souvent tenu tabou dans le cercle familial, mais l'officielle leçon de biologie sur la reproduction arrive bien trop tard pour la plupart des adolescentes (et que dire des garçons, souvent laissés dans l'ignorance voire le dégoût du corps féminin). Lors de la 3^e journée de colloque, nous avons vu au travers de documentaires des approches différentes des règles. Si le documentaire de Diana Fabiova, *The moon*

inside you (2009), a le mérite de consacrer tout le temps d'un long-métrage au sujet, et de remettre en question et le silence qui pèse sur les règles, et la souffrance qui semble être inévitable pour beaucoup de femmes, aucune des solutions explorées pour un vécu pacifique des règles n'est en elle-même convaincante. Du médecin qui prescrit l'implant contraceptif aux fillettes de 11 ans pour qu'elles n'aient jamais leurs règles, à la maîtresse tao qui préconise le massage des seins pour fluidifier la circulation du sang, en passant par d'autres mouvements de « retour au naturel » qui présentent les femmes comme en connexion fondamentale avec la lune et les mystères de la nature : certaines verront comme une victoire le fait de pouvoir surmonter douleurs, fatigues, ralentissement, et de ne pas se voir empêchée de travailler pendant cette période, d'autres pensent plus juste de vivre selon leur rythme « naturel » et de respecter leur cycle. Le débat n'est pas tranché. Ce qui est urgent cependant, c'est de continuer à amener la question des règles sur la scène sociale et politique. De tous temps, le cycle menstruel a servi de prétexte à la mise à l'écart des femmes (elles ne sont pas efficaces au travail, elles délirent sous l'influence des hormones, elles ne peuvent pas combattre à cause du sang, etc.), et encore aujourd'hui, les menstruations sont à l'origine de nombreuses inégalités, depuis les filles qui manquent l'école à celles qui seront diagnostiquées pour endométriose avec neuf ans de retard. L'assemblée du colloque se fédère sur des revendications politiques telle que la disposition gratuite de protections périodiques pour toutes les femmes, qui ne devraient pas avoir à payer, au sens propre, cette différence non choisie. Dans les lieux publics, l'accès à des toilettes, à de l'eau et à des protections hygiéniques, est aussi un problème majeur mais tabou, en particulier pour les femmes SDF ou en situation de grande précarité. Valérie Machiels, co-fondatrice de l'asbl Bruzelle, nous en a parlé : créée en octobre 2016, cette association collecte des protections hygiéniques à destination de ces femmes à Bruxelles

Pour ce qui est de la ménopause et de ses représentations, l'éclairage de Nahema Hanafi a été précieux pour comprendre l'importance jouée par la place sociale des femmes dans le vécu de ce passage à un autre cycle de vie. Si la ménopause est synonyme de perte de féminité et de marche vers la vieillesse, si aucun autre rôle social que celui de mère potentielle n'est reconnu aux femmes, cette étape sera davantage vécue comme une tragédie. Pour ce qui est des symptômes de la ménopause, le gynécologue Serge Rozenberg rappelle que

la plupart des femmes vivent cette période sans symptômes gênants, ou présentent des symptômes physiques davantage liés à d'autres événements (dépression, manque de libido, insomnies peuvent être dus à un deuil, un changement de structure familiale, à la routine dans le couple, ou à des difficultés professionnelles...). Cependant, il remarque aussi que les femmes sont plus affectées dans leur vie professionnelle par l'arrivée de la ménopause, et que certaines sont véritablement gênées par des symptômes très handicapants (comme les bouffées de chaleur), vis-à-vis desquels aucun aménagement au travail n'est pensé. Le gynécologue présent semble cependant encore un peu trop pris dans ses représentations en particulier d'une certaine sexualité ou d'un mode de vie idéal que devraient suivre les femmes. La jeune femme que je suis et qui avait hâte de commencer à rassembler témoignages, informations et points de vue sur la ménopause est sortie mitigée de la dernière journée de colloque : finalement, la plus grande marque de ce tabou que reste le vécu de ménopause n'est-elle pas la difficulté à trouver un-e intervenant-e sur le sujet ?

CRITIQUES ENVERS LES NORMES GYNÉCOLOGIQUES ET TENSION ENTRE ATTENTES ET PRATIQUES

Nous l'avons vu, autrefois comme aujourd'hui, si la médecine se donne pour but de prévenir et guérir les maladies, elle est aussi la science qui *défini*t les maladies et les catégories, parfois à son bénéfice. À toute époque, il est utile de garder un regard critique sur les normes et pratiques médicales. Selon Lucile Ruault, la médecine, et la gynécologie en particulier, en conceptualisant le corps des femmes, ses âges, ses besoins, contribuent en partie à une forme de « normativisation » des âges féminins autour d'une « force de l'âge » que serait le temps de la procréation. Le suivi gynécologique des femmes étant un suivi médical sans équivalent masculin, il contribue à unifier une partie de la population, la sexuante et en définissant les degrés de sexuante et sexualisation. Ainsi les normes de la vie d'une femme en termes de comportement sexuel, de contraception, de procréation, et de calendrier reproductif, sont susceptibles d'être renforcées par les pratiques et discours des gynécologues. Doctorante en sociologie à Lille, Lucile Ruault a étudié sur le terrain ces pratiques et discours, et en a dégagé des normes sociales imposées aux patientes, notamment des jugements autour des comportements sexuels et relationnels des femmes, et une orientation

vers des moyens de contraception différents selon les âges. Ainsi les femmes ne seraient pas aussi « libres » de choisir qu'elles devraient l'être, selon leurs désirs et leur mode de vie. Une approche unique de la population féminine rendrait également aussi certaines femmes invisibles, notamment celles vivant une sexualité homosexuelle. Celles-ci seraient alors souvent démedicalisées.

La première journée de colloque a donné lieu à un débat vif autour de la contraception et de la mise en cause de la pilule, débat opposant une génération issue des combats féministes de 1968, pour qui la pilule a sauvé et sauve encore les femmes, et une génération de féministes plus jeunes, qui tendent à remettre en question le pouvoir médical ainsi que celui de l'industrie pharmaceutique, et s'intéressent à des solutions plus « naturelles ». La perception des valeurs liées à la pilule et au stérilet ont évolué : ainsi, la représentation de la pilule comme vecteur d'une double prise de liberté, -par rapport aux hommes comme par rapport au corps médical-, les femmes pouvant gérer la prise de leur contraception orale elles-mêmes (tandis que la pose et le retrait du stérilet nécessitent une intervention médicale), a évolué. Aujourd'hui, les jeunes femmes, en particulier certaines féministes, se dirigent plus volontiers vers le stérilet, voulant par là se libérer et de la prise quotidienne d'hormones, et d'un contrôle médical régulier (la prescription, en France, est depuis peu valable pour 1 an, alors que jusqu'il y a peu elle devait être renouvelée tous les 6 mois).

Lors de la table-ronde, les sage femmes et gynécologues présent-e-s, sur l'estrade comme dans le public, ont pu discuter du choc entre les attentes et croyances autour de l'accouchement et la réalité imprévisible de la naissance. Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du blog *Marie accouche-là*, qui rassemble témoignages, dénonciations, analyses et explications des gestes médicaux gynécologiques et des violences obstétricales, n'hésite pas à affirmer qu'historiquement, ce n'est pas l'hôpital en soi qui aurait remédié à la mortalité périnatale, mais l'amélioration générale des conditions d'hygiène. Selon elle, jusqu'au début du XX^e siècle, les hôpitaux étaient de véritables mouiroirs et la plupart des femmes accouchaient à la maison. Contre le discours volontairement contestataire et provocateur de Marie-Hélène Lahaye, les gynécologues Julie Belhomme et Yannick Manigart du CHU St-Pierre transmettent une image positive de la gynécologie-obstétrique telle qu'ils la pratiquent, en alliant information et co-décision, et les autres intervenantes

présentes mettent quant à elles en garde contre une dérive essentialiste du discours critique contre la médecine : non, la femme n'est pas « naturellement faite » pour avoir des enfants, et l'accouchement physiologique ne se déroule pas toujours sans encombre. Le corps médical présent se montre unanime quant à la nécessité de personnaliser, autant que possible, le déroulement du suivi de la grossesse et la naissance, et d'éviter en tous les cas les gestes chirurgicaux inutiles (comme l'épisiotomie, ou la césarienne).

QUEL EST IDÉALEMENT LE RÔLE DES GYNÉCOLOGUES, SAGE FEMMES, MÉDECINS ?

Emmanuelle Piet, gynécologue féministe de la génération qui a vécu 1968, les combats pour l'accès à la pilule contraceptive et le droit à l'IVG, nous transmet son expérience de praticienne en plannings familiaux en Seine-Saint-Denis, un département aux portes de Paris comptant une forte population d'origine immigrée et/ou précarisée. Elle rappelle que la personne qui reçoit les femmes en consultation a un rôle crucial à jouer dans le dépistage de violences, se posant ainsi comme véritable allié-e des femmes qui subissent encore si durement la domination masculine, souvent au sein même du couple. Elle livre ainsi quelques clés pour aider au mieux une patiente, sans s'éterniser (10 minutes de consultation) ni empiéter sur la vie privée : si les femmes ne racontent pas d'elles-mêmes les violences subies et leurs craintes, elles répondent souvent volontiers aux questions. Pour poser rapidement les bonnes questions, elle donne les indications suivantes :

Informer objectivement tout en s'intéressant aux désirs propres de la femme concernée : par exemple, si une femme qui demande si elle peut avoir des rapports sexuels pendant sa grossesse : lui demander si elle en a envie, tout simplement.

Proposer un certificat court (deux semaines) déconseillant les relations sexuelles : si le mari « fait quand même », la femme prendra

conscience du non-respect de son partenaire, et de la nécessité de se mettre en sécurité.

En cas de viol ou d'agression : **rassurer, déculpabiliser** (« Vous n'y êtes pour rien, il n'avait pas le droit »), rappeler à la victime qu'elle n'est pas seule (« Nous pouvons vous aider »).

En ce qui concerne l'accouchement et le suivi de grossesse, le personnel obstétrique est confronté au quotidien à la gestion des attentes et normes liées à la génération, à la provenance géographique, à l'histoire familiale, au niveau d'éducation... Le personnel médical assure l'information des patientes pour qu'elles puissent leur adresser un consentement ou un refus « libre et éclairé », mais une partie de la population n'a, pour des raisons d'isolement économique et social, tout bonnement pas accès à un suivi de grossesse suffisant. Une autre partie de la population, d'un milieu socioculturel souvent plus élevé et plus volontiers critique, prône un retour au « naturel » qui passe par la mise en doute de l'expertise médicale mais parfois, aussi, un manque d'information essentielle. Alors comment, et dans quelles limites, autonomiser la patiente ? Les échanges de témoignages révèlent un travail d'information et de « préparation » à la naissance difficile : est-on jamais préparé à un événement imprévisible ? Comment faire comprendre à une femme qu'elle ne peut tout maîtriser, que son vécu de la naissance sera en tous les cas inédit, et peut-être peu conforme à ses désirs ?

Enfin, les gynécologues Julie Belhomme et Yannick Manigart nous invitent à réfléchir sur le partage de la responsabilité juridique. S'ils sont là pour transmettre une expérience positive et un message plein d'espoir pour celles d'entre nous qui ont eu à faire à des gynécologues moins respectueux... ils rappellent aussi que respecter le souhait de la patiente n'est pas possible dans toutes les situations : en cas de complications voire de décès, c'est encore le médecin qui porte la responsabilité juridique de l'issue.

CONCLUSIONS ESQUISSÉES LORS DES DÉBATS POUR UNE MÉDECINE ALLIÉE DES FEMMES

Avant tout une meilleure éducation et information de tous, et un meilleur dialogue entre corps médical et patientes. Cela passe par :

L'éducation, notamment l'EVRAS, dont il faudrait assurer une meilleure couverture ainsi qu'un suivi sur plusieurs années scolaire. L'importance de travailler aussi avec les garçons est rappelée, ce, afin de les responsabiliser pleinement, non seulement par rapport aux enjeux de contraception et de protection contre les infections, mais aussi autour des notions de plaisir réciproque et surtout de consentement. Enfin, pour aborder des réalités parfois crues de manière décomplexée et sans tabous, pourquoi ne pas s'inspirer de nos lointains voisins norvégiens, dont nous avons visionné des vidéos éducatives parlant de puberté aux moins de 12 ans, et qui répondent avec mots sans équivoque et des photos aux questions des préadolescent-e-s.

Le respect de la patiente en consultation, dans le cadre du suivi de la grossesse, et de l'accouchement, s'expriment par l'information, le dialogue, l'autonomisation des patientes, mais aussi par une meilleure formation du personnel. Il est urgent notamment, d'une part de sensibiliser davantage aux violences sexuelles et mutilations génitales, et d'autre part de réfléchir à l'approche des genres et sexualités pluriel-le-s (Comment parler de puberté avec des adolescents intersexes, ou transgenre ? Comment assurer l'accompagnement gynécologique de femmes lesbiennes de manière inclusive?).

L'augmentation des moyens financiers : chaque femme devrait avoir le même accès à la contraception de son choix et à un bon suivi de grossesse.

Un changement de législation : une dépénalisation totale de l'avortement et sa sortie du code pénal, et une réflexion sur la responsabilité du médecin. ■



Emmanuelle Piet et Rosine Horincq



En premier plan: Lucie Ruault



Alexandra Roux