



POUR UNE APPROCHE FÉMINISTE DE LA GYNÉCOLOGIE

Fabienne BLOC	Travailleuse psychosociale
Valérie PIETTE	Professeure d'histoire contemporaine à l'Université libre de Bruxelles

Le néo-féminisme ou plutôt la vague du redéploiement féministe des années 1970 engendre une profonde remise en cause des normes sexuelles. « Mon corps est à moi » vient narguer le « Jouissez sans entraves » de Mai 68. La parole se libère enfin. Festif et provocateur, le mouvement féministe revendique la jouissance sexuelle des femmes tout comme une maternité libre et consciente. On retient surtout de ces années la libre contraception et le combat pour le droit d'avorter. On oublie souvent que c'est tout le corps qui est (re)pensé par les féministes : violences conjugales et viol, prostitution ou pornographie, mise en cause du poids de la médecine sur les femmes et encore plaisir féminin.

MON CORPS EST À ELLES

Le corps devient bien politique. Le constat est lapidaire comme l'écrit Françoise Collin en 1974 : « le corps des femmes n'existe pas. Il n'est que le prolongement du désir de l'homme (...). Le corps des femmes est un texte dicté par l'homme »¹. Ce corps est « annexé par la science et est en effet, de plus en plus, un composé de rouages, de pièces détachées qui s'étudient et se traitent séparément et non un organisme »². Se réapproprier ce corps en entier, pouvoir en disposer librement et comprendre l'infériorisation sociale qui découle de la construction des sciences et notamment de la médecine, tels sont les crédos des féministes. Elles s'attachent à l'histoire et à la déconstruction d'une médecine désincarnée, dite objective et universelle. Elles soulignent le rôle des scientifiques dans le déploiement d'un regard pathologique du corps des femmes, dans sa surveillance, mais aussi dans le questionnement de catégories proposées telles que l'hystérie, le masochisme ou encore la dépression post-partum³.

Ces critiques et prises de conscience naissent autour de la lutte pour le droit à l'avortement. L'attitude des gynécologues mais aussi la pratique nécessaire et militante d'avortements

clandestins entourés de femmes, presque « d'avortements féministes », font émerger la nécessité de la réappropriation individuelle et collective de leurs corps par les femmes. Réappropriation qui doit passer nécessairement par une vulgarisation féministe du savoir médical comme le montre le succès de *Our Bodies, Ourselves* (1973) mais aussi par l'apprentissage de pratiques féministes alternatives dans le domaine de la santé.

Ces nouvelles pratiques s'imposent aux États-Unis, au Québec, en Allemagne ou en Suisse. Moins présentes chez nous, elles se diffusent au sein de quelques niches féministes notamment auprès d'Américaines expatriées. Alors que dans ces années 1970, des médecins s'interrogent à redéfinir le lien de subordination entre le patient et le médecin, alors que la sacro-sainte médecine intouchable est ébranlée par les secousses de la jeunesse révolutionnaire de Mai 68, des femmes se touchent et découvrent leur corps. L'auto-examen gynécologique, le *self help*, cette méthode d'investigation de leur sexe par les femmes, est découvert en Belgique⁴. Connaître son corps et donc connaître et visualiser son sexe s'apprend en s'observant. Il s'agit de dire la sexualité collectivement par la parole et par le regard, se l'approprier enfin. Des femmes veulent vivre entre elles quelque chose...

« quelque chose qui ait à voir avec mon corps » comme en témoignait en 1978 Jeanne-Marie Gagnebin⁵. Le corps et la sexualité sont lentement et progressivement apprivoisés. Toutefois certaines barrières se franchissent difficilement comme lorsqu'un groupe de femmes décide de parler ensemble de masturbation : « je ressentis avec force combien il nous est difficile de parler de notre corps sans décrire les moments de joie sexuelle en termes de « réussite » sans retomber ainsi dans le discours dominant sur la sexualité. Discours d'une double domination : dans ce cas sur les femmes classées et séparées en femmes frigides ou non, libérées ou non, normales ou malades ; et sur notre sexualité divisée, hétéro- ou homo-sexualité, orgasme ou frustration, coït ou solitude »⁶.

La portée révolutionnaire de ces moments certes encore isolés et limités est évidente. Des femmes tout en dénonçant la société patriarcale et la soi-disante objectivité de la médecine brisent un des tous derniers tabous ; elles décrivent la sexualité féminine, leur sexualité. Hétérosexuelles ou lesbiennes, elles revendiquent le droit au plaisir et à la découverte de leur corps. Les féministes interrogent donc l'accès à la sexualité, son apprentissage et dénoncent la passivité sexuelle trop souvent accolée aux femmes.

Lever les tabous, instruire les femmes, refuser l'ignorance en matière sexuelle font partie des objectifs revendiqués. Certaines ont conscience de la force du mouvement comme le souligne Rina Nissim, pionnière du mouvement *Femmes et Santé* en Suisse : « nous tenions là la clé de notre autonomie »⁷. Ce savoir féminin dérange mais il se perpétue envers et contre tout, certaines y voyant même une longue chaîne de transmission puisant ses racines symboliquement chez les sorcières des temps modernes. Transmettre à sa sœur, à sa fille, à une amie mais continuer à transmettre. Si le mouvement perd peu à peu de sa portée révolutionnaire et subversive, il ne meurt pas pour autant. Le mouvement *Femmes et Santé* s'institutionnalise sur le continent nord américain et faiblit en Europe. Mais il s'attaque et s'attache à étudier les conséquences des recherches bio-éthiques et pharmacologiques. En Belgique, il reste à la marge, et renaît de ses cendres, notamment par le biais de l'association *Femmes et Santé*, créée en 2005. Assumant une filiation avec les féministes des années 1970, l'association veut lutter « contre la tendance à sur-médicaliser les femmes, contre une longue histoire de contrôle et d'emprise sur le corps et la santé des femmes ». Elle offre des cours en groupes intergénérationnels, propose de l'information, réunit les femmes désireuses de se réapproprier leur corps et souhaite à nouveau réinventer une culture de transmission hors des normes établies. L'association s'adresse aux femmes de différentes générations et de différents milieux socio-culturels et plus spécifiquement aux femmes de la cinquantaine, celles du « temps de l'épanouissement »⁸ Catherine Markstein, une médecin originaire de Vienne en Autriche, en est la fondatrice et s'inscrit explicitement dans la continuité du Mouvement pour la santé des femmes. Elle milite pour que les femmes prennent leur santé en main et s'inquiète de la dérive médicale qui fait d'une patiente une cliente potentielle. *Femmes et Santé* a récemment participé à la constitution d'une Plateforme pour Promouvoir la Santé des Femmes (P.P.S.F.) avec d'autres partenaires comme les centres de planning familial. Le *self help* connaît lui aussi un retour remarqué en Belgique ces dernières années⁹. Ces groupes informels actuels de femmes partent du même constat qu'auparavant : le manque de savoir et l'omnipotence du médical sur leur corps.

Ainsi à l'heure actuelle, encore et toujours, la relation médecin/patient-e reste profondément asymétrique relevant à peu de chose près de la relation dominant/dominé-e. Si le face à face médecin/patient-e pose bien

des questions, que dire d'une consultation gynécologique, là où l'intime est scruté au plus près. Le succès du roman *Le Chœur des Femmes* (2009) de Martin Winckler montre à l'envi la nécessité du droit à la parole des patientes des services de gynécologie.

LE POUVOIR DIRE, LE POUVOIR TEMPS : ALLER EN CONSULTATION, ALLER EN COMMUNICATION

La-le gynécologue détient un rôle essentiel dans toutes les étapes de la vie d'une femme. Elle-il intervient de prime abord sur des éléments biologiques (contraception, fécondité, ménopause, maladies gynécologiques...). Mais elle-il accompagne aussi les patientes dans leur vie sexuelle et affective, dépassant ainsi les limites projetées dans le statut de « médecin spécialiste ». Elle-il passe ainsi de la présupposée maladie à la santé sexuelle et reproductive de la patiente. Nombreuses sont les femmes à se rendre chez la-le gynécologue avec appréhension. Le contact physique de l'examen, les questions sur la sexualité ou l'intimité ne sont pas toujours envisagées comme de simples formalités. La confiance entre un-e gynéco et sa patiente y est pour beaucoup et démarre dès la première consultation. Comment est rendue possible la gestion de cet intime corporel dans l'interaction de la consultation gynécologique ? La qualité d'une relation est en grande partie basée sur le temps passé à l'établir et à l'entretenir. Le temps fait partie du cadre thérapeutique tout comme le lieu, les attitudes du ou de la soignant-e, etc. Le contexte permet aussi au non verbal de s'exprimer et d'être perçu et entendu.

Afin que chaque femme puisse se sentir responsable de son bien-être et gérer sa santé, les médecins doivent évoluer vers la prise en compte des difficultés et points de vue de chacune mais également de son contexte social et culturel ainsi que de ses représentations. L'écoute, fondement de la relation médecin-patient, pâtit encore trop souvent des représentations personnelles des soignant-e-s. Une construction sociale des différentes étapes de la vie des femmes quant à leur santé sexuelle et reproductive est hélas souvent omniprésente. La patiente doit encore souvent répondre à une injonction véhiculée par la société et relayée par son médecin. Par exemple, pour que la femme se réalise pleinement, elle devrait avoir un enfant ; pour que « la femme reste femme » elle devrait prendre des traitements hormonaux de substitution, etc.

La démarche relative à ces rencontres avec les femmes ne doit pas se limiter à la res-

ponsabilisation, aux conduites rationnelles de protection et de prévention. Elle doit aussi les aider à mieux se connaître et à définir ce qui leur semble adéquat. Face au paternalisme ou protectionnisme de certains médecins, il est temps que les femmes puissent faire valoir leurs revendications en faveur de leur santé. Il est nécessaire de lutter en faveur de leur autodétermination et de leur donner les moyens de développer leur sentiment d'auto-efficacité. Offrir un espace de liberté, indispensable pour que la patiente se sente un sujet libre et respecté, c'est porter un regard sous l'angle de l'émancipation des femmes. Considérer l'identité sexuée ou sexuelle du gynécologue comme une variable s'avère pertinent. Elle semble déterminante pour de nombreuses consultantes. Pouvoir choisir un homme ou une femme comme gynécologue relève d'une liberté fondamentale de la patiente. Une communication claire et authentique, cette interaction entre médecin et patiente, où la-le médecin explique ce qu'elle-il va faire, dans quel but elle-il va procéder à tel type d'examen et si la patiente est d'accord avec celui-ci devrait être l'approche qui permet la participation active des femmes lors des consultations gynécologiques. De plus la consultation gynécologique n'est pas considérée, tant par la-le gynécologue que par les patientes, comme un espace légitime pour parler de sexualité¹⁰. Une formation adéquate des médecins, oser mettre des mots, sans à priori, se révèlent être des urgentes nécessités.

SE DIRE LESBIENNE, ÊTRE FEMME : UNE DISCRIMINATION EN MATIÈRE DE SANTÉ

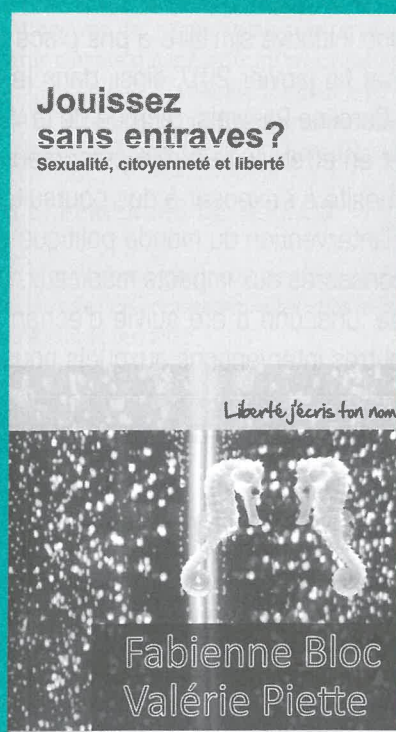
Il y a quelques mois un statut Facebook retint notre attention : « Qui a une bonne gynéco-lesbienne-friendly sur Bruxelles ? Merci. Bisous ». Il montre en quelques mots, si nécessaire encore, la difficulté de se dire lesbienne¹¹ et d'oser recourir à des professionnels de la santé. Il pose la question de la honte sociale, de la peur du rejet, de la peur du dire, d'être invisible, la lesbienne invisible, face au monde médical hétéronormé. Les lesbiennes ont longtemps été les grandes absentes des débats sur genre et santé. Elles pâtissent et souffrent de l'impensé social et de la négation de leur sexualité et donc de leur identité. Les travaux tout comme les enquêtes sur le lesbianisme et santé se font rares et les quelques résultats existants, notamment au Québec, mettent en évidence que les lesbiennes consultent moins, voire pas du tout, les spécialistes de la santé¹². La lesbienne invisible n'entre pas dans les

préoccupations des centres de santé. Toutes les lesbiennes interviewées dans ces quelques enquêtes disent avoir été confrontées dans le cadre médical à des attitudes lesbophobes qui les poussent évidemment à ne pas reproduire l'expérience. La violence symbolique est bien réelle. Tout-e médecin part d'une présomption d'hétérosexualité d'une patiente et s'enquiert notamment rapidement de la contraception suivie ou encore par exemple de douleurs liées à la pénétration. Cette présomption affecte la relation thérapeutique et montre une fois encore qu'un traitement identique se révèle souvent discriminatoire et qu'un-e gynécologue se mue trop facilement en entrepreneur-e de morale. En effet la médecine et la gynécologie en particulier maintiennent la sexualité féminine dans une sexualité hétérosexuelle reproductive. Sous la pression de l'ILGA, l'association internationale des lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels et intersexués, fondée en 1978, un récent travail de sensibilisation vers la communauté lesbienne ainsi que vers le monde médical a vu le jour en Belgique depuis quelques années. Des campagnes d'information sur les IST, le VIH mais aussi sur le cancer du sein et de l'utérus, sur le bien-être et la santé mentale des lesbiennes ont vu le jour en 2011. Cette nécessaire sensibilisation montre hélas ses limites. Il y a encore peu de personnes formées au sein de la communauté médicale tout comme dans les centres de planning familial. Magenta, une association d'aide et d'accompagnement pour les femmes lesbiennes, bi ou transgenres mène également des campagnes de prévention pour l'amour entre les filles notamment avec ce slogan « Nous n'avons pas besoin des hommes pour avoir du plaisir... Pour contracter des infections sexuellement transmissibles non plus ». Si un travail de fond doit être mené auprès des les-

biennes, loin du stigmate qu'elles continuent de porter, l'attention doit également s'étendre au monde médical. S'adressant directement aux professionnels de la santé en ces mots « Environ une femme sur dix est lesbienne ou bisexuelle. Vos patientes aussi ! », l'association tente de les sensibiliser à des questions pourtant simples comme la nécessité de l'empathie, de ne pas enfermer d'emblée la patiente dans

une orientation sexuelle quelconque, de ne pas présumer des pratiques sexuelles sur base de l'orientation sexuelle et surtout d'utiliser des questions ouvertes du type « votre partenaire » sans préjugé ni de son sexe ni de son identité. Ce sont certes de petits pas mais qui permettront aux lesbiennes mais aussi à toutes les femmes de (re)devenir actrice de leur histoire et de leur santé. ■

À LIRE



Composante essentielle de notre identité, la sexualité fascine, énerve, dérange. Aujourd'hui, plus que jamais, elle s'invite en permanence dans les débats politiques et philosophiques. Compagnon de route d'une forme de libération sexuelle et d'acquisition de droits sexuels et reproductifs, le planning familial, lieu de tous les possibles et de toutes les rencontres, n'est-il pas menacé par la résurgence des conservatismes ? Posant les jalons de l'histoire de l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (ÉVRAS) en Belgique, cet ouvrage tente d'en analyser les enjeux contemporains tout en insistant sur la nécessité d'une approche citoyenne de la sexualité. Il appelle enfin à une vigilance renforcée face au retour de l'ordre moral.

- 1 Françoise Collin et al., « Le corps v(i)olé », *Les Cahiers du Grif*, 1974, vol. 3, p. 14.
- 2 Françoise Collin et al., « Le corps v(i)olé », *Les Cahiers du Grif*, 1974, vol. 3, p. 7.
- 3 Marilène Vuille et al., « La santé est politique », *Nouvelles Questions Féministes*, 2006/2, vol. 25, p. 4-25.
- 4 Voir Vanessa d'Hooghe, « Spéculum, miroir et identités : le self-help gynécologique à Bruxelles dans les années soixante-dix », *Sextant*, vol. 30, éd. ULB, 2013, p. 143-156.
- 5 Jeanne-Marie Gagnebin, « Je suis mon corps : sur un groupe de self-help », *Les Cahiers du Grif*, 1978, vol. 20, p. 41.
- 6 Jeanne-Marie Gagnebin, « Je suis mon corps : sur un groupe de self-help », *Les Cahiers du Grif*, 1978, vol. 20, p. 40.
- 7 Sur Rina Nissim voir : Fussinger Catherine, Rey Séverine, Vuille Marilène, « S'approprier son corps et sa santé. Entretien avec Rina Nissim », *Nouvelles Questions Féministes*, 2/2006, vol. 25, p. 98-116.
- 8 Voir notamment Catherine Markstein & Mimi Szyper, *Le temps de s'émanciper et de s'épanouir. Paroles et expériences de femmes autour de la cinquantaine*, Le Souffle d'Or, 2009.
- 9 Chloé Andries, « À quoi ça sert de voir son sexe ? », *Médor*, n°1, hiver 2015-2016, p. 7-9.
- 10 Voir Laurence Guyard, « Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir », *Nouvelles Questions Féministes*, 2010/3, vol. 29, p. 44-57.
- 11 Voir Natacha Chetcuti, *Se dire lesbienne : vie en couple, sexualité et représentation de soi*, Paris, Payot, 2010.
- 12 Isabelle Mimeault, *Pour le dire. Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes*, Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, Montréal, 2003.