

h e t s

**Haute école de travail social
Genève**

Centre de formation
continue (cefoc)

DAS en santé sexuelle : Interventions par l'Éducation et par le Conseil

2021-2023

Penser les violences gynécologiques, obstétricales et reproductives (VGOR), à partir d'une structure sociale oppressive

Travail de diplôme

Automne 2023

Maevane Rosselet

mae.rosselet@protonmail.ch

Résumé

Issu de différents milieux militants et scientifiques, notamment en Amérique Latine au début des années 2000, le concept initial de « violences obstétricales », est rapidement complété par l'ajout de l'adjectif « gynécologique », auquel je rajoute celui de « reproductif ». Reprises et mobilisées en tant que question politique et visibilisées dans l'espace public, notamment au travers des médias et sur les réseaux sociaux, les VGO sont loin de faire consensus. Des divergences d'analyse donnent à voir des réponses, des interprétations et positionnements en tension indiquant l'existence d'une conflictualité et donc d'une dimension éminemment politique. Ces disparités conceptuelles mettent en lumière une hétérogénéité dans la compréhension sous-jacente du sujet, bien qu'un discours dominant tende à les présenter comme une forme de déviance dans la prise en charge des femmes, privilégiant une perspective interpersonnelle et morale du phénomène. Proposant ici de considérer les VGOR, non pas comme résultant d'erreurs inopinées ou de manquements auxquels il faudrait remédier, le présent travail entend explorer leur dimension structurelle, en tant que conséquence logique de processus institutionnalisés, traversés par des rapports de pouvoir tels que le genre. Les VGOR s'inscrivent dans un continuum de discriminations et d'inégalités de santé, dont la santé sexuelle et reproductive, s'articulant avec d'autres rapports de domination, notamment le racisme ou encore la pauvreté. La prise en compte des limites d'accès aux droits et la considération d'injustices reproductives d'une part et d'autre part la prise en compte du rôle de l'État permet d'appréhender et d'éclairer les disparités existantes. En partant de notre posture professionnelle, présentée en tant que rapport social spécifique et donc comme rapport de pouvoir, imbriqué dans une structure sociale oppressive, les lignes qui suivent proposent d'ouvrir la réflexion quant à nos pratiques et à leurs implications normatives.

Table des matières

Introduction.....	4
Violence gynécologique, obstétricale et reproductive.....	7
Émergence(s) du concept.....	8
Continuités historiques.....	10
De la sphère publique au champ politique.....	13
Perspective légale, faire valoir ses droits ?.....	14
Injustices reproductives et contrôle de l'État.....	17
Déconstruire vs pacifier des rapports sociaux : enjeux autour de la conflictualité.....	20
« Savoir entendre la violence sans pour autant désigner un coupable ».....	22
Éloge de la pacification.....	23
« Mieux communiquer » disent-elles.....	24
Politiser la maltraitance: s'affirmer dans un rapport social défavorable.....	25
La maltraitance théorique.....	25
Institutionnalisation de la maltraitance :.....	27
Incorporer la violence.....	31
Penser les VGOR en santé sexuelle et reproductive.....	32
Conclusion.....	35
Bibliographie.....	37

Introduction

Depuis les années 2010, dans un contexte international qui s'est saisi et politisé la question des violences gynécologiques et obstétricales (VGO), les pays francophones européens voient émerger sur les réseaux sociaux, des témoignages de femmes relatant des violences auxquelles elles ont été confrontées. Les femmes dénoncent des maltraitances, des traumatismes et leurs impacts, que ce soit dans le cadre de leur accouchement, mais aussi plus largement dans leurs suivis et prise en charges gynécologiques et obstétricales. De nombreux articles de presse sont régulièrement publiés depuis, des billets de blogs, des podcasts, des documentaires, participent également à visibiliser et rendre compte des VGO. Autour de ces témoignages se construisent des discours, des questionnements et différents acteurs et actrices (parturientes/patientes, diverses associations et collectifs autour de la périnatalité et/ou féministes mais aussi de professionnel·le·s, des juristes, des responsables politiques, etc) s'impliquent et investissent les débats. Si la plupart d'entre elles et eux ne réfutent pas l'existence de problèmes autour de la prise en charge et du vécu des accouchements, d'autres se montrent résistant·e·s quant à l'usage du terme « violences », mettant plutôt en avant des problèmes de communication et des malentendus. Aucun consensus définitionnel ne voit le jour et le point de vue de certains groupes se polarisent. De nombreuses divergences d'analyse quant aux causes ainsi qu'aux éventuelles solutions proposées se donnent à voir sous formes de controverses. Au sein des débats se dessinent certains angles d'achoppement particulièrement saillants. Des catégories s'opposent, pouvant mettre en scène différents niveaux de conflictualité. Des groupes de protagonistes, se positionnant de manière clivée dans le débat public, rendent plus visible certaines des conflictualités pouvant exister au sein d'un même groupe. Un exemple emblématique étant « les professionnel·le·s de la santé » réagissant face aux témoignages « des femmes ». Pourtant, au sein de ces groupes, existent et cohabitent des divergences individuelles ou collectives, voire parfois des points de vue dissidents. De plus, une certaine tendance universaliste dans les définitions des VGO masque l'articulation de celles-ci avec d'autres rapports de pouvoir et invisibilise des oppressions spécifiques comme celles de la race ou encore de la classe.

Les professionnel·le·s qui sont intervenus ou se sont exprimé·e·s dans les médias, ont souvent relayé une parole offusquée, parfois emprunt d'une susceptibilité exacerbée, mettant en avant leur tristesse ou leur incompréhension face à ce qu'ils ou elles prennent pour des accusations. Cependant la dénonciation de VGO relatée par d'autres protagonistes, notamment dans des articles, des travaux de diplôme, mais aussi par l'existence de mobilisations donnent à voir d'autres positionnements . Beaucoup d'initiatives et de réflexions de leur part mettent en lumière une réelle volonté d'investir les problématiques soulevées par la dénonciation des VGO, ainsi que

l'envie d'y remédier. De l'amélioration des conditions de travail, à l'accompagnement des mauvais vécus d'accouchement, en passant par la promotion de la bienveillance dans les soins, les propositions amenées dans les champs professionnels investissent beaucoup les domaines de la communication et de la qualité des soins.

Proposant d'interroger, d'une part, un clivage enjouant de s'offusquer des critiques, ou de promouvoir des solutions axées autour de dimensions interpersonnelles, je souhaitais investir une autre voie. En prenant acte de l'existence des VGO, non pas comme la manifestation d'erreurs inopinées, de mauvais traitements ou de manquements déviants auxquels il faudrait remédier, mais dans sa dimension structurelle, en tant que conséquence logique de processus institutionnalisés, traversés par des rapports de pouvoir. D'autre part, en proposant de les reconnaître comme le produit d'un rapport social hiérarchisé, dans lequel nous sommes parties prenantes, en tant que spécialiste en santé sexuelle et de se situer comme professionnel·le·s dans ce rapport inégalitaire.

Le titre de mon travail de diplôme fait référence à la thèse de l'auteur féministe Léo Thiers-Vidal¹ qui démontre la conscience masculine de la domination patriarcale. Dans ce qui suit, je propose de considérer qu'il existe une conscience médicale, obstétricale, des effets de la domination à l'endroit des patientes et des parturientes. Cette domination ne flotte pas d'elle-même entre les salles de soins et d'accouchement, elle est apprise, incorporée, sous de multiples facettes, avec d'innombrables spécificités. L'institution médicale, au sein d'un système patriarcal, est constituée et constitutive de rapports de pouvoir inégaux dont elle est garante et qu'elle reproduit. Les VGO, sans forcément être voulues ni pensées comme telles, en sont à la fois l'une des conséquences et l'une des manières de garantir et de s'assurer d'un ordre établi. Dès lors, sans remettre en question les ressentis ou la sincérité des professionnel·le·s qui peuvent se sentir affecté·e·s par certaines critiques, les réactions et crispations soulevées par la question des VGO pourraient-elles être le reflet d'autre chose ? De manière provocatrice, seraient-elles non pas tant le résultat d'une sincère incompréhension que la crainte et le refus d'un groupe social face à la remise en question de ses prérogatives ?

Mon parcours professionnel et de formation de sage-femme premièrement, puis de sexologue et de spécialiste en santé sexuelle est intimement lié à la question des violences de genre et notamment des VGO. En tant qu'intervenante sociale, j'ai aussi effectué de la prévention en santé sexuelle, dans une perspective de diminution des risques. Tant dans le cadre de mes études que dans ma carrière professionnelle la question des rapports de pouvoir, la construction des expertises surplombantes, la confiscation voire la négation de la subjectivité des femmes et des personnes minorisées en général ont été une source sans-cesse renouvelées

1 « De l'Ennemi Principal aux principaux ennemis : Position vécue, subjectivité et conscience masculine » (Thiers-Vidal, 2010)

d'incompréhensions, de sentiment de révolte et d'impuissance face aux structures. Témoin en de nombreuses occasions de ces violences, j'ai rapidement eu la conviction que l'envie « de bien faire » ou encore « d'être bientraitante » ne constituait pas en soi une prérogative suffisante pour les prévenir. Convaincue des difficultés voire de l'impossibilité d'être complètement hors maltraitance à partir du moment où l'on entre dans un processus de professionnalisation institutionnalisée, j'ai acquis l'intime conviction de la nécessité d'en prendre acte plutôt que de le dénier. Mais peut-on penser les VGO, afin de les prévenir, à partir de cette posture ? Et si oui comment ? L'angle que je propose de considérer ici, sera de ne pas considérer les VGO comme une forme de déviance ou de mauvaise pratique ponctuelle, mais plutôt de les comprendre comme étant au cœur des domaines de la santé sexuelle et reproductive. En traversant l'ensemble des corps professionnels qui interagissent de près ou de loin avec des personnes, elles sont en partie structurantes de nos activités et agissantes dans nos représentations et dans nos pratiques.

Mes objectifs pour ce travail sont : 1) Valoriser et visibiliser la conflictualité autour des VGO ; 2) Investiguer une posture professionnelle d'analyse radicale ; 3) Promouvoir la réflexion autour des processus démocratiques et participatifs quant à l'élaboration de savoirs théoriques ainsi que la régulation des pratiques en santé sexuelle.

Ma question de recherche est la suivante : Comment penser la prévention des VGO, depuis un contexte structurel oppressif ?

Violence gynécologique, obstétricale et reproductive

Pour aborder l'émergence du concept des VGO et le situer de manière socio-historique, je reprends librement ci-dessous des éléments développés préalablement dans le module 6.²

1. Le concept de « violences obstétricales » (VO), élargi plus tard par l'intégration du champ gynécologique en « violences gynécologiques et obstétricales » (VGO), s'est imposé dans un processus de contestation des modèles de soins par différents mouvements sociaux, tout en bénéficiant de l'apport éclairé du militantisme féministe ainsi que par des initiatives et des documents produit par l'OMS (Diniz *et al.*, 2021, p. 66). Il émerge dans un contexte de demande d'évolutions dans la prise en charge de l'accouchement, formulées depuis plusieurs décennies par différents mouvements organisés. Celles-ci ont permis de produire une mise en sens des maltraitements vécus par les femmes (Diniz *et al.*, 2021, p. 75). Le terme recouvre des réalités et des pratiques médicales diverses et permet de rendre compte des expériences, à la fois objectives et subjectives des femmes (Rozée & Schantz, 2021, p. 629). « Surgissant à des moments où les femmes sont vulnérables, enceintes ou nues, face à des personnes détentrices d'autorité », elles s'articulent avec d'autres facteurs sociaux comme la classe et la race (El Kotni & Quadgliariello, 2021).

Cependant, comme le relève la sociologue et historienne Marilène Vuille, « la dénonciation de formes de maltraitements médicaux envers les femmes dans des contextes où leurs organes sexuels et reproducteurs spécifiques sont au centre de la prise en charge n'est pas nouvelle » (Vuille, 2016, p. 5). Celle-ci s'appuie désormais sur la reconnaissance de droits reproductifs part des instances internationales, d'une part, et d'autre part, sur des lois et des règlements censés garantir l'autonomie des patient·e·s (Vuille, 2016). Ainsi, officiellement reconnues par le Conseil des droits humains des Nations Unies comme violation des droits des femmes qui accouchent, mais également par l'OMS qui publie une revue de la littérature sur les maltraitements pendant l'accouchement et sur la manière de les prévenir (El Kotni & Quadgliariello, 2021). S'appuyant sur différents outils élaborés par les organismes internationaux tels que l'ONU et l'OMS, les militantes du mouvement de santé des femmes obtiennent la reconnaissance des maltraitements à la fois par les États et par les institutions sanitaires, « ainsi que leur qualification en tant que violation des droits fondamentaux des femmes » (Vuille, 2016, p. 6). Néanmoins, « ce que recouvre le concept de "violences obstétricales" varie selon les contextes (relations historique à la médecine, perception de la technologie) et les points de vue des parties impliquées (législateurs et législatrices, parturientes, personnel médical) » (El Kotni & Quadgliariello 2021, p. 110).

² Travail de validation du module 6 de notre formation du DAS de spécialiste en santé sexuelle, dont le contenu n'est pas publié.

Émergence(s) du concept

L'ouverture épistémique produite par l'émergence et la large diffusion de ce concept, permettant de saisir des maltraitances aussi anciennes qu'actuelles, a abouti à la production de diverses définitions, pouvant être décrites comme « souvent complémentaires » (Diniz *et al.*, 2021, p. 74). Ainsi, dans le cadre de ce travail, je ne transcrirai pas une unique définition, mais je propose de considérer la coexistence et la complémentarité des différents extraits définitionnels ci-après. Par cette proposition, j'attire l'attention sur le fait qu'ils ne représentent pas pour moi un carcan sémantique exhaustif, mais uniquement quelques grandes lignes importantes à prendre en compte. Elles restent susceptibles d'être complétées ou précisées. Dans son ouvrage « Accouchement, les femmes méritent mieux », Marie-Hélène Lahaye³, juriste belge, féministe et pionnière dans la défense du droit des femmes dans le domaine de la périnatalité, écrit que « la violence obstétricale est l'addition de deux types de violences : la violence institutionnelle et la violence basée sur le genre » (Lahaye 2018, p. 179). En France, dans la publication d'un rapport produit suite aux mobilisations sur les VGO, le Haut Conseil à l'Égalité des femmes et des hommes (HCE), spécifie que « Les violences gynécologiques et obstétricales sont les actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes. » (HCE, 2018, p. 3). La définition proposée par le rapport est la suivante : des « actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un·e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignant·e·s — de toutes spécialités — femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant·e·s. Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves. » (HCE, 2018, p. 3). Plus succinctement, dans l'ouvrage cité plus haut, Marie Hélène Lahaye définit les VO comme « tout comportement, acte, omission, ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente » (Lahaye, 2018, p. 187). Dans l'article « Les violences obstétricales comme subversion épistémique », les autrices, précisent que « les violences institutionnelles sont perpétrées par de les organisations hospitalières publiques ou privées et les organismes de contrôles sous la forme d'actes de maltraitance et d'omission d'information ou de prise en charge afin d'imposer des normes sans fondements ou des exigences inutiles qui aboutissent à la violation de droits [...]. Cette forme de violences se produit souvent indépendamment des lignes directrices existantes en matière de bonnes pratiques périnatales et en opposition à celles-ci »

3 https://fr.wikipedia.org/wiki/Marie-H%C3%A9l%C3%A8ne_Lahaye , consulté le 28 octobre 2023

(Diniz *et al.*, 2021, p. 74). Enfin, comme évoqué en introduction de ce chapitre, ce que recouvrent les VO est fonction du contexte social et historique, ainsi que selon les points de vue des personnes impliquées (El Kotni & Quadgliariello, 2021).

Historiquement, le concept de « violences obstétricales » est notamment issu de milieux militants et scientifiques en Amérique Latine au début des années 2000. Il a ensuite émergé en Europe au début de la décennie 2010, où il sera visible dans l'espace public au travers des médias et des réseaux sociaux, avant d'être repris et mobilisé en tant que question politique. Également posé comme problématique de santé publique, le concept est aussi travaillé dans le domaine académique comme nouvel axe de recherche, notamment en sciences sociales (Schantz, Rozée & Molinier, 2021). Pourtant, loin de faire consensus, les divergences définitionnelles font de cette thématique un sujet souvent présenté comme clivant, suscitant potentiellement des réactions et positionnements tranchés. Des disparités conceptuelles mettent en lumière une hétérogénéité dans la compréhension sous-jacente du sujet. Les divergences d'analyse donnent alors à voir des réponses, des interprétations et des positionnements en tension. De même, elle éclaire comment ces postures sont traversées par des rapports de pouvoir et comment ceux-ci sont agissants non seulement dans la compréhension qu'on en a, mais également dans l'élaboration des savoirs et parfois dans l'appropriation qu'on en fait.

Suite aux mobilisations, aux revendications sociales et politiques, la prise en compte des violences obstétricales abouti à une reconnaissance légale dès les années 2000 dans certains pays d'Amérique Latine. Pour la première fois, c'est en 2007 au Venezuela que le droit va permettre aux violences obstétricales de gagner en visibilité. « S'appuyant à la fois sur la terminologie du mouvement pour l'humanisation et sur celle du mouvement contre les violences faites aux femmes, tout en mentionnant leur caractère genré, [...], la loi vénézuélienne va distinguer dix-neuf formes de violences faites aux femmes, parmi lesquelles les violences obstétricales » (Diniz *et al.*, 2021, p. 69). Les responsabilités civiles ainsi que les sanctions sont également prévues et décrites, dans cette loi. En Argentine, les violences obstétricales sont elles aussi définies de manière très proche de celles du Venezuela. En 2009, une loi contre les violences faites aux femmes est votée afin de les prévenir, les sanctionner et les éradiquer, mais le texte définissant les VO ne prévoit pas de sanction applicable. Au Mexique, au niveau fédéral, la loi ne précise rien sur les violences obstétricales, alors qu'il mentionne les droits des femmes à une vie sans violence. En revanche, plusieurs états mexicains les intègrent dans leur législation, certains d'entre eux prévoyant des sanctions telles que des peines de prison et des peines pécuniaires (Diniz *et al.*, 2021, p. 69). Selon certaines autrices, le terme émerge alors plus largement en Europe et notamment en France⁴, au début des années 2010, premièrement dans des milieux militants engagés autour des questions féministes et de la périnatalité, avant d'être plus largement

4 NB : Également en Belgique et en Suisse à la même période

médiatisées (Michel & Squires 2018, p. 24 ; Azcué et Tain, 2021 ; Schantz, Rozée & Molinier, 2021). Cependant, d'autres sources indiquent que le terme de « violences obstétricales » était déjà utilisé par des auteurs et autrices francophones, dès le début des années 2000. En 2003, l'autrice québécoise Hélène Vadeboncoeur publie dans les Cahiers de l'obstétrique un article intitulé « Les gestes obstétricaux violents », une étude de cas questionnant dans ce sens « Est-ce qu'on pourrait regarder les pratiques obstétricales sous l'angle de la violence ? »⁵ (AFAR, 2015). L'Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté (AFAR), association créée en 2004, précise par ailleurs qu'ils et elles employaient déjà ce terme en 2004, dans leurs échanges autour de la périnatalité⁶.

Continuités historiques

Dès 2014, plusieurs scandales éclatent, parmi eux la prévalence des épisiotomies, la persistance de la pratique du point du mari, les touchés vaginaux pratiqués sans consentement sur des patientes sous anesthésie générale, et suscitent des controverses autour de différentes pratiques gynécologiques et obstétricales. De nombreux témoignages attestent de mauvais traitements, de séquelles traumatiques d'ordre psychique, physique et sexuelle. Patientes, parturientes, professionnel-le-s, artistes, influenceuses sont autant de protagonistes qui témoignent, nourrissent et prennent part aux débats. La dénonciation et la remise en question des actes mis en causes, ainsi que d'autres pratiques jugées inutiles, préjudiciables voire interdites selon les pays (telle que par exemple les appuis utérins lors de l'accouchement), ne sont, elles non plus, pas nouvelles. Elles s'inscrivent dans la continuité de revendications antérieures. Le collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE)⁷, est un collectif d'associations françaises, constitué en 2003, concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie. Les objectifs du collectif sont notamment de promouvoir les attentes, les demandes, les droits des femmes et des couples et d'améliorer les conditions de la naissance en France, en faisant évoluer les attitudes et les pratiques entourant la maternité, afin de les rendre plus respectueuses des personnes et de la physiologie de l'accouchement. Le modèle défendu, centré sur la mère, le bébé et la famille, se préoccupe avant tout de leur bien-être et de la qualité des soins. Fondé sur des données factuelles et probantes (*evidence-based medicine*), il considère le suivi personnalisé, la prévention, la responsabilisation comme des facteurs primordiaux à prendre en compte dans l'amélioration du système de soins (CIANE). Nombre d'articles, archivés sur leur site, donnent à

5 <https://afar.info/biblio/detail.php?id=2652>, consulté le 30 octobre 2023

6 A ce propos, deux sources sont indiquées sur le site de l'AFAR sous la rubrique «violences obstétricales»: « *Pour une naissance insoumise* in Grégoire, Lysane et Stéphanie St-Amant (dir.), *Au cœur de la naissance : témoignages et réflexions sur l'accouchement*, Montréal, Remue-ménage, 2004, p.361–382». <https://afar.info/violences-obstetricales/>, consulté le 30 octobre 2023

7 <https://ciane.net/ciane/ciane/>, page «Qu'est-ce que le CIANE ?», consulté le 30 octobre 2023

voir la préexistence de controverses, faisant déjà médiatiquement polémiques, autour des actes qui seront dénoncés ultérieurement dans les années 2010. Comme en attestent les articles, il était, par exemple, déjà question de la prévalence de l'épisiotomie ou encore du danger des appuis utérins⁸. La décennie suivante, il est indéniable que le recours à l'Internet et l'utilisation massive des réseaux sociaux offrent, à ce qui devient petit à petit des « VGO » une visibilité et une diffusion sans précédent. Il apparaît cependant que les effets de large médiatisation, en grande partie impulsés par ces derniers, invisibilise parfois l'ancrage de mobilisations préexistantes, ne rendant pas compte des continuités historiques, sociales et politiques, ni, par conséquent, des éventuels processus de changements, de discontinuités voire de ruptures.

Dans le contexte francophone européen d'après-guerre, l'essor du modèle biomédical s'affirmait comme modèle ouvertement paternaliste et le médecin se considérait garant des intérêts du patient. « Il prend les décisions pour lui en suivant les principes de "bienfaisance" (Panese, 2022). Ce modèle de la santé et de la maladie se focalise alors exclusivement sur les processus biologiques laissant de côté les aspects psychologiques et sociaux. Il faut attendre les années 1970 pour que George Engel, médecin généraliste reconnu comme le créateur de la médecine psychosomatique moderne, présente son nouveau modèle « biopsychomédical » (Bolton, 2020). Ce modèle propose une conception « intersystémique » de la santé et de la maladie et « intègre la pluralité des niveaux de la modulation réciproque de la vie humaine et de ses contextes » (Panese, 2022). Les approches humanistes bénéficient de l'orientation du travail d'Engel qui devient une référence incontournable, bien que ce dernier rejette de façon explicite certaines de ces approches qu'il qualifie de « médecine romantique » les accusant de s'écarter de la science (Bolton, 2020, p. 16). Plusieurs auteurs comme Dubos, Illich, ou encore Ehenreich, participent à la critique de la médecine et de la santé, l'heure est la contestation. De leur côté, « les questions de hiérarchie et de sexisme sont aussi plus ouvertement posées, en tant qu'enjeu de pouvoir et d'oppression des femmes » (Topçu, 2021, p. 83). Dans la lignée de la critique d'Illich quant à l'iatrogénie médicale, et bien que l'obstétrique ne fasse pas partie des considérations de ce dernier, la controverse autour de l'accouchement médicalisé émerge dans la seconde moitié de années 1970. Si cette controverse est dans un premier temps une controverse médicale, la thématique est ensuite reprise par le mouvement féministe de la 2^e vague et des témoignages de « femmes ordinaires » relatent des problèmes identiques à ceux dénoncés aujourd'hui : « maltraitance verbale, effet néfaste des protocoles routiniers ou interventions banalisées, colonisation-dépossession du corps des femmes, sexisme du *care* obstétrical » (Topçu, 2021, p. 84). À cette époque, des mouvements féministes émergent pour revendiquer l'accès aux techniques de contrôle des naissances, le droit à la contraception et le droit à l'avortement. Ces

8 <https://ciane.net/presse/revue-de-presse/>, de manière non exhaustive :

- 2004-12-03 [On fait trop d'épisiotomies](#), Le Parisien,
- 2007-04-24 [Accouchement : ne pas appuyer sur le ventre](#), Le Monde
- 2009-05-14 [Trop d'épisiotomies](#) L'Express

mouvements délaissent la question des droits reproductifs et envisagent la maternité comme le symbole d'une oppression, voire d'une aliénation. Différents mouvements vont émergés autour de l'accouchement suscitant des tensions et des critiques au sein du mouvement féministe. Les enjeux concernant « les rapports à la nature, au corps et au progrès scientifiques et techniques [...] orientent des conceptions divergentes de la violence ou de la maltraitance [...], ce qui témoigne alors de l'impossibilité de penser les questions de violences médicales indépendamment de celles du sexisme et du paternalisme du milieu médical ». Certaines féministes fustigent « les défenseurs de l'accouchement non-violent. Ils sont dénoncés par ces mouvements en tant que "machinerie machiste et sexiste » (Topçu 2021, p. 84-85). Les modèles d'accouchement dits "naturels" reflétant, selon elles, un contrôle masculin du corps des femmes. Ainsi, une partie des féministes s'inscrit en faveur de progrès techniques et scientifiques.

Les années 1970 voient également émerger « des formes de mobilisations contestataires qui s'opposeront frontalement au « pouvoir médical » [...] par une critique souvent radicale de la biomédecine et des institutions sanitaires ». L'exemple du mouvement « Our Bodies Ourselves » est l'un des exemples célèbre de la critique de la surmédicalisation du corps des femmes, défendant l'idée d'une expertise des femmes elles-mêmes sur leur propre santé (Panese, 2022). Une décennie plus tard, avec l'apparition de l'épidémie du sida émergent d'autres mobilisations contestant l'expertise biomédicale, portant des « revendications de profanes sur le terrain de la connaissance de la maladie et des institutions sanitaires ». En 1987 ACT UP⁹ est fondée. (Panese, 2022). Ces mouvements fondent leur action sur les principes d'égalité et de solidarité faisant valoir leurs droits en tant que patients et leurs compétences face aux professionnel-le-s et institutions. Ainsi, ce serait grâce « à des mouvements qui ont su se faire reconnaître comme interlocuteurs compétents [...] que l'intégration d'associations dans la gouvernance de la santé a progressé ». D'autres avancées sont mises en avant par l'auteur, notamment la mise en place de dispositif de médiation hospitalière pour faire face à l'insatisfaction des patients (Panese, 2022), sur lequel je reviendrais plus loin.

Pour Topçu, l'une des principales évolutions récentes, par rapport aux années 1970, concerne le fait que « le corps des femmes et la nécessité de le reconquérir en l'arrachant des mains d'un système de santé médical hiérarchisé [...] même si nous sommes loin de la généralisation de pratiques dites de *self-help* ». Cette évolution s'expliquerait par la standardisation de plus en plus forte « sur le plan de la médicalisation des soins et de la routinisation des actes, parallèlement à la pression économique forte exercée sur les établissements de santé » (Belorgey citée par Topçu, 2021, 102). Parmi les nouveautés, « les nouvelles technologies de l'information et de communication » permettraient « aux femmes de collectiviser le combat autour de leur corps violenté, et d'en désigner les responsables ». Rappelant la persistance des débats entre une vision

9 AIDS Coalition to Unleash Power

essentialiste et égalitariste autour des progrès techniques et de l'accouchement, l'autrice conclut que l'ensemble des productions récentes produites par des femmes occupant aujourd'hui le devant de la scène seraient autant de preuves collectives rendant caduque l'injonction à des portes paroles ou le recours à des modèles pensés pour elles et non par elles (Topçu, 2021, p. 103).

De la sphère publique au champ politique

Dans les années 2010, emboîtant le pas des témoignages, sont réalisés de nombreuses productions audiovisuelles telles que des podcasts¹⁰ et des documentaires¹¹. Les milieux académiques se (ré)emparent aussi de la question des VGO, de nombreux articles de presse sont publiés, des productions artistiques et de nombreuses influenceuses les thématisent également. Dans cette effervescence, les VGO amenées dans la sphère publique, font leur entrée dans le champ politique. En France est créé un observatoire des violences gynécologiques et obstétricales en 2017, le Haut Conseil à l'Égalité (HCE) produit un rapport en 2018. De son côté, l'Organisation Mondiale de la Santé appelle à prévenir et éliminer les traitements abusifs et irrespectueux (OMS, 2014, 2018). Le conseil de l'Europe publie un rapport sur les VGO¹² ainsi que des recommandations ciblées pour le respect de droits des femmes (CM/Rec(2019)1). En Suisse, la conseillère d'état Rebecca Ruiz interpelle le conseil fédéral pour connaître l'ampleur du phénomène, malheureusement sans succès¹³. La même année dans le canton de Vaud, Carine Carvalho interpelle le gouvernement cantonal à propos de la prévention des VGO. Elle obtient une réponse favorable en 2020, avec une promesse d'implémentation de nouvelles mesures. Parmi celles-ci, « la mise en place de deux nouvelles consultations proposées systématiquement à toutes les patientes concernées, la réalisation d'une étude dont les données serviront à améliorer la formation continue [...], le développement de nouveaux supports d'information, permettront d'améliorer de manière globale la prévention et la prise en charge des accouchements traumatiques¹⁴» (Conseil d'État de Vaud, 2020). Une étude germanophone publiée en 2020 par la Haute École Spécialisée de Berne (Berner Fachhochschule (BFH), indique notamment que 27 % des femmes en Suisse subissent des contraintes lors de l'accouchement et 10 % des 6000

10 Liste non exhaustive figurant sur le site «Marie accouche-là» de Mari-Hélène Lahaye: <https://marieaccouchela.net/index.php/podcasts/>, consulté le 30 octobre 2023

11 Notamment ceux de Nina Faure « Paye (pas) ton gynéco ! », « Tu enfanteras dans la douleur », Ovidie 2019

12 <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=28108&lang=FR>, consulté le 30 octobre 2023

13 https://www.rebeccaruiz.ch/wordpress/wp-content/uploads/20200306_Vaudsattaqueauxviolences-obstetricales_LeTemps.pdf, consulté le 30 octobre 2023

14 https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/gc/fichiers_pdf/2017-2022/18_INT_261_TexteCE.pdf, consulté le 30 octobre 2023

femmes interrogées ont également déclaré avoir reçu des remarques insultantes par les spécialistes¹⁵.

Perspective légale, faire valoir ses droits ?

Sur un plan légal, peu de pays légifèrent spécifiquement sur les VGO, à l'instar de la France et de la Suisse.

Des lois peuvent permettre d'agir auprès des tribunaux, mais le terme en lui-même ne figure pas dans le Code pénal ce qui participe à une non reconnaissance de la problématique. En Suisse, selon Mélanie Levy Professeure assistante et codirectrice de l'institut de droit de la santé, « Le consentement libre et éclairé constitue aujourd'hui la pierre angulaire du droit médical ». D'après elle, « ce principe juridique a permis de rééquilibrer la relation patient-médecin longtemps restée inégale et hiérarchique » (Levy 2023), un constat optimiste qui mériterait sans doute d'être étayé par quelques éléments tangibles permettant d'évaluer l'équilibre postulé. Elle précise cependant que « dans le domaine des soins obstétricaux, le consentement libre et éclairé semble toutefois moins acquis » (Levy 2023). Pour la professeure, hormis les situations d'urgences pour lesquelles « le droit prévoit de faire des abstractions du consentement libre et éclairé » l'accouchement est « en principe une situation naturelle et non pathologique. Il n'existe aucune raison juridique de ne pas appliquer les mêmes standards de consentement pour les décisions à prendre lors d'un accouchement que pour les autres actes médicaux. Des pressions temporelles et économiques ne sauraient justifier des interventions non nécessaires et non consenties pour accélérer un accouchement » (Levy, 2023). Selon l'autrice, le texte phare est la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes (CEDEF)¹⁶, ratifié et entré en vigueur par la Suisse en 1997. « En 2022, le comité CEDAW a pour la première fois condamné un pays, l'Espagne, pour les violences obstétricales subies par une femme. [...] » le comité a défini les violences obstétricales comme un type particulier de violences contre les femmes lors de l'accouchement dans des centres hospitaliers, dont il a été montré qu'elles sont très répandues, systématiques dans leur nature et ancrées dans les systèmes de soins » (Lévy, 2023). Ainsi, une minorité de pays ont légiféré sur les VGO, des mécanismes et dispositions de droit existent sur le plan international et de manière disparate sur les plans nationaux. Néanmoins, même dans les contextes où des lois permettent d'agir auprès des tribunaux, être en mesure de faire valoir ses droits ne va pas forcément de soi et ne donne aucune garantie d'avoir gain de cause en finalité. Évaluer l'accès effectif et les garanties, quant à l'exercice de la défense des droits des personnes victimes, mériterait un travail de recherche à part entière. Nombre d'obstacles, tant matériels que

15 <https://www.lenouveliste.ch/suisse/en-suisse-une-femme-sur-quatre-subit-des-pressions-a-laccouchement-996468> , consulté le 30 octobre 2023

16 En anglais : *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*, **CEDAW**

symboliques, sont susceptibles d'entraver d'éventuelles démarches, ne serait-ce que dans les situations où les personnes victimes disposent de ressources individuelles suffisamment adaptées pour leur permettre de se sentir légitime. Cela va, par exemple, de la possibilité d'identifier une maltraitance, de réaliser – dans une situation donnée – que c'en est bien une (et non un effet secondaire de la prise en charge ou du traitement), à la capacité de la formuler et de la décrire (et d'être audible dans cette démarche), de comprendre que c'est illégal, de pouvoir s'affirmer voire de s'opposer à une figure d'autorité (et probablement à une institution), d'être en capacité de chercher de l'aide, de savoir auprès de qui, de maîtriser suffisamment la langue, de connaître suffisamment les codes sociaux implicites, d'être en capacité physique et psychique suffisante, de bénéficier de ressources financières nécessaires, de pouvoir effectuer une demande d'aide juridique, de rentrer dans les critères pour d'éventuelles aides juridiques, de connaître suffisamment le réseau pour savoir vers qui s'adresser, d'être en capacité de prouver ce qu'il s'est passé, etc. Ces exemples ne sont pas exhaustifs, mais ils donnent un aperçu d'obstacles concrets susceptibles d'entraver les recours des femmes ou des personnes qui seraient en droit de le faire. De plus, d'autres facteurs contextuels peuvent pousser au renoncement toute tentative de recours. Par exemple, même suite à un accouchement eutocique¹⁷, la venue d'un nouveau-né implique un investissement parental intense souvent accaparant, susceptible de monopoliser une partie non-négligeable de l'énergie des personnes potentiellement victimes. D'autres exemples contextuels (étant évidemment non exclusifs les uns des autres) comme le rapport à l'intimité, de nouvelles responsabilités, une fatigue extrême, des situations de deuil périnatal, le rapport à la maladie, etc. Traversés par des prégnants rapports de pouvoir est entre l'individu et l'institution, plusieurs mécanismes d'autocensures peuvent également intervenir comme la peur, le fait d'être confrontée au risque élevé de ne pas être prise au sérieux, d'être traitée avec paternalisme, avec condescendance, de recevoir des leçons de pédagogie en guise de justifications, etc. Là encore, les mécanismes ne sont pas exhaustifs. Faire valoir ses droits nécessite un ensemble complexe de dispositions pré-requises dont on peut questionner l'accessibilité effective, en général, et particulièrement lors de moment de vie vulnérabilisants.

Dans ce sens, l'analyse du rapport d'information du 22 mai 2023 du Comité d'avis pour l'égalité des chances du Sénat en Belgique amène des éléments éclairants. Ce rapport¹⁸, résultant de deux années de travail basé sur les auditions d'une vingtaine d'experts, dresse un état des lieux des VGO en Belgique et de leurs causes. Le chapitre qui retient ici mon attention concerne les procédures et leurs limites et je souhaiterais en évoquer quelques-unes. Premièrement, le rapport indique que malgré le fait que de nombreuses voies légalement organisées soient ouvertes, peu de patientes les empruntent. D'une part, du fait de la méconnaissance du cadre juridique qui

17 Terme utilisé en obstétrique faisant référence à un accouchement qui se déroule de manière physiologique

18 <https://www.senate.be/www/?MIval=/Dossiers/Informatieverslag&LEG=7&NR=245&LANG=fr> (consulté le 30 octobre 2023)

s'avère limitant, d'autre part, du fait d'une conviction que la probabilité d'obtenir gain de cause est réduite. Concernant les possibilités de médiation intra-hospitalière, les patientes font état d'un fort doute quant à « l'indépendance de la procédure dès lors qu'ils sont employés par les établissements de soins où exercent les professionnels de la santé mis en cause » (Thuysbaert & Hausman, 2023). Concernant le recours à des procédures disciplinaires devant les ordres professionnels, là encore le rapport indique que l'option est loin d'être satisfaisante pour les victimes. En effet, lors des auditions, plusieurs experts ont notamment pointé la composition des conseils de l'Ordre des médecins comme ne permettant pas de garantir son indépendance et son impartialité. Enfin, les procédures pénales ou civiles devant les cours et tribunaux de l'ordre judiciaire peuvent permettre aux victimes de faire établir les responsabilités des auteurs de VGO. Cependant, les recours sont également rares, l'une des explications relevant là encore de la conviction des victimes quant à leur faible chance de succès, crainte non dénuée de tout fondement puisque le taux de succès des victimes devant les cours et tribunaux est très faible. Sur ce point, le comité sénatorial identifie :

« Un ensemble de facteurs qui pourraient contribuer à rendre compte de cette situation. Il insiste, en effet, sur la charge de la preuve en matière médicale. Incombant en principe aux victimes, elle est lourde et complexe, plus particulièrement celle concernant le lien de causalité entre l'acte fautif et le dommage. Cette difficulté est notamment liée à la circonstance que les accouchements impliquent souvent une "cascade d'actes médicaux". [...] d'autres facteurs pourraient aussi être interrogés. Il en va ainsi, notamment, de la dimension patriarcale ou sexiste des sociétés occidentales contemporaines, en ce compris dans leurs manières de construire les savoirs juridiques et médicaux. On peut également se demander dans quelle mesure les modes d'appréhension du monde et de ses réalités déterminent les pratiques professionnelles notamment dans le milieu de la justice – le rapport d'information pointant déjà le sexisme des professionnels de la santé, et plus largement leurs stéréotypes, comme l'une des causes des violences obstétricales et gynécologiques. Enfin, la mise en cause de la responsabilité des professionnels de la santé ne se trouve pas facilitée par la pathologisation de l'accouchement et la banalisation des interventions médicales sur le corps des patientes, bien au contraire ».

Ainsi, concernant le droit des patientes, le rapport conclut notamment qu'une réflexion juridique incluant un questionnement quant à l'efficacité des dispositifs normatifs sur le terrain semble indispensable.

L'émergence de revendications de luttes contre les VGO, s'appuyant notamment sur des textes cadres de droits internationaux et nationaux ont amené cette revendication dans l'espace public, avant que le champ politique ne s'en saisisse également. En cas de violation des droits, les femmes et les personnes concernées ont à disposition, différentes voies de recours qui diffèrent

selon les contextes. Cependant, comme relevé précédemment, de nombreux obstacles matériels et symboliques ne permettent que peu voire pas aux victimes de faire valoir leurs droits. L'existence de dispositifs normatifs semble servir de base pour légitimer certaines revendications et être reconnues dans le débat public. Ces derniers échouent, du moins en partie, à garantir leur application effective sur le terrain. Le manque de connaissance, en termes de droit, de toutes les parties prenantes, notamment les professionnel-le-s de la santé ainsi que les patientes/parturientes, ajouté au très faible taux de sanctions et de condamnations effectives, ne permettent pas d'avoir un impact préventif, ni d'assurer un effet dissuasif.

Injustices reproductives et contrôle de l'État

En cas de VGO, les voies de recours sont peu mobilisées, indiquant des cadres et dispositifs normatifs peu voire non adéquats pour les personnes concernées. Par ailleurs, de nombreuses recherches mettent à jour la nécessité d'articuler les VGO avec d'autres formes de violences vécues et d'adopter une perspective comprenant des mécanismes globaux de domination, tel que le racisme, l'exil ou la pauvreté. (El Kotni & Quagliariello, 2021).

Comme évoqué plus haut, la déferlante de nouveaux témoignages, ainsi que les nombreuses mobilisations produisent des effets politiques. Leur portée se voit amplifiée par la prolifération d'ouvrages (Déchalotte, 2017 ; Vergès, 2017) qui appuient et situent la dimension systémique et structurelle de ces violences. Françoise Vergès, dans son livre « Le ventre des femmes, capitalisme, racialisation, féminisme » apporte un éclairage incontournable quant aux disparités de traitement et de mises en œuvre de politiques publiques auprès de certains groupes de femmes. En considérant la racialisation capitaliste de la gestion du ventre des femmes, l'autrice préconise de ne pas omettre la prise en compte des femmes racisées, en le réduisant à un simple ajout nécessaire, tel un chapitre manquant, dans l'élaboration d'un récit féministe autour de pratiques telles que l'avortement ou encore la contraception. En partant, de l'exemple des territoires de la République [française] issus de son empire colonial esclavagiste, elle retrace les politiques de contrôle des naissances différenciées entre la métropole et les Outres-mers. Françoise Vergès propose de « pratiquer une analyse qui, en tirant plusieurs ficelles à la fois, observe ce qui se joue dans les processus d'inégalité de genre, de classe et de racisation » (Vergès, 2017, p. 13). Ainsi, dans le courant du XX^e siècle, les pratiques d'avortements et stérilisations forcées (Lausberg, 2020), les expérimentations de la pilule contraceptive à large échelle, sur des femmes pauvres et racisées¹⁹, sont et restent intrinsèquement constitutives d'une histoire traversées par des rapports de pouvoir consubstantiels de genre, de race et de classe, en matière de santé sexuelle et reproductive. Dans de tels contextes, est-il vraiment pertinent de parler de «santé», et plus

19 <https://www.bbc.com/afrique/articles/cl422dgx884o> , consulté le 2 novembre 2023

précisément de « santé » pour qui et par qui ? Pour Gail Pheterson, « sexualité » et « procréation », sont souvent envisagées conjointement sous un angle juridique, sanitaire, ou culturel, «le lien entre les deux est rarement formulé en termes de travail reproductif et sexuel (Pheterson, 2003, p. 97). En considérant « les fondements communs du contrôle étatique exercé sur les grossesses et sur la prostitution » [...], l'autrice, adopte une perspective matérielle permettant de « dégager un lien direct entre l'activité concrète des personnes, les produits de cette activité et la valeur qui leur est attribués par l'État et la société » (Pheterson, 2003, pp. 97-98). Pour l'autrice, « le contrôle exercé par l'État sur le comportement reproductif et sexuel des femmes » est motivé par « les enfants qu'elles peuvent porter et la richesse qu'elles peuvent générer en tant que femmes. [...] Ce contrôle s'appuie sur un habile dispositif qui allie impératifs et prohibitions et qui, à certains moments de leur vie, impose à certaines femmes des actes interdits à d'autres ». Pour elle, « les problématiques liées aux droits, à la santé et à la culture sont certes fondamentales, mais des mystifications juridiques, médicales et idéologiques ont occulté l'objectif réel du contrôle étatique » (Pheterson, 2003, p. 98).

L'apport des autrices ci-dessus, permettant de questionner l'effectivité de droits supposément garantis pour tous et toutes, ainsi que la responsabilité de l'État dans l'administration et le contrôle différencié des corps. Offrant une perspective de compréhension complémentaire qui s'ajoute à l'articulation d'expériences et d'une matérialité de violences vécues, divergeant selon un ensemble complexe de rapports sociaux ne se limitant pas au genre. Dans ce sens, Mounia El Kotni et Chiara Quagliariello positionnent leurs recherches sur les VO dans le champ de la justice reproductive, proposant le cadre d'analyse d'« injustice obstétricale ». Pour elles, ce cadre représente différents avantages analytiques. Par exemple, il permet de saisir comment des violences de même nature touchent différemment les patientes en fonction de leur parcours de vie. Cette approche permet aux autrices de montrer comment des oppressions spécifiques pour des femmes non blanches ou pauvres peuvent être invisibilisées dans la notion de VO. (El Kotni & Quagliariello, 2021).

Dans ce sens, les perspectives ouvertes par le concept de « Justice reproductive²⁰ » apparaît comme éminemment approprié pour penser l'ensemble des problématiques liées aux VGO et bien plus largement. Le mouvement de la Justice reproductive revendique, pour toute personne, premièrement le droit de ne pas avoir d'enfant si elle le souhaite, deuxièmement le droit d'en avoir si elle le désire et troisièmement de pouvoir les élever dans « des communautés sûres et durables », à l'abri de la violence et de la discrimination (El-Kotni & Virole, 2022). Mounia El Kotni et Louise Virole propose une traduction de ce concept sur le site « Dictionnaire du Genre en traduction » :

20 <https://worldgender.cnrs.fr/notices/justice-reproductive/>, consulté le 3 novembre 2023

« Le concept de justice reproductive a été introduit dans les années 1990 aux États-Unis par les membres du SisterSong Collective, un collectif de femmes noires militant pour les droits reproductifs (SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective, 2006). Ces militantes se sont mobilisées en réponse au mouvement féministe pour les droits reproductifs de l'époque, porté principalement par des femmes blanches et centré sur le droit à l'avortement, et qui laissait de côté des revendications importantes liées aux vécus d'oppressions spécifiques des femmes et minorités de genre non-blanches : stérilisations contraintes, avortements forcés, remarques culturalistes, discriminations, violences gynéco-obstétriques, retrait des enfants par les services sociaux, etc. (Davis, 1983). Afin de lutter conjointement contre ces diverses oppressions reproductives, elles fondent, avec d'autres collectifs, le mouvement pour la justice reproductive ».

Loin de la perspective individuelle où chaque personne est seule responsable de faire valoir ses droits, la dimension plus globale de « Justice » offrant des dimensions de pensées et d'organisations collectives autour des soins, des services de santé et d'éducation permettant d'assurer et de garantir une justice reproductive et sexuelle à chaque personne.

Penser à partir de cette perspective, en recourant au concept d'injustice obstétricale, tel que proposé par (El Kotni & Quagliariello, 2021) et pourquoi pas en l'élargissant à celui d'injustice gynécologique et reproductive, pourrait alimenter les réflexions dans le cadre des débats actuels. Cela permettrait aussi, d'après les autrices, de tenir compte de la relation entre violences et injustices, favorisant une attitude plus réflexive de la part des professionnel·les de santé sur les mécanismes de domination en jeu dans l'interaction médecin/patiente. Enfin, « elle permettrait également aux militant·e·s des droits reproductifs de mieux prendre en compte la variabilité, et la dimension intersectionnelle, des expériences des femmes, et d'inclure une plus grande diversité de voix dans le débat » (El Kotni & Quagliariello, 2021, p. 123).

Déconstruire vs pacifier des rapports sociaux : enjeux autour de la conflictualité

Les conditions de travail sont parmi les causes régulièrement évoquées, elles semblent constituer un terreau à risque pour les VGO. Sans pouvoir rentrer ici dans une énumération, ni une analyse des politiques publiques en matière de gestion et d'administration des structures sanitaires, il me semble néanmoins important d'évoquer quelques points contextuels.

Nicolas Belorgey, sociologue et chercheur au CNRS, dans son ouvrage « L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public », permet de poser plusieurs éléments nécessaires à la compréhension de l'évolution des conditions de travail sur les dernières décennies :

En France, depuis plusieurs décennies, comme dans de nombreux autres pays « développés », les experts médiatiques et les conseillers en communication, les hommes et les femmes politiques de gouvernement nous le répètent à l'envi : la question prioritaire n'est ni de réduire les inégalités d'accès aux services publics ni d'augmenter la participation des citoyens à leur évolution, mais de maîtriser l'augmentation des dépenses, à défaut de pouvoir les réduire. Le virage gestionnaire de l'action publique s'est cristallisé, au moins au niveau du discours et dans les intentions affichées, sur les principes et les outils du *New Public Management* (NPM), dont les vertus, supposées universelles, sous couvert d'une meilleure performance, visent à réduire les effectifs et la masse salariale de la fonction publique.

Cette orientation gestionnaire est souvent pointée du doigt pour les nombreuses conséquences néfastes qu'elle génère, tant en ce qui concerne des aspects du droit du travail et de santé au travail, que pour la déshumanisation des soins qu'elle engendre. Il serait intéressant d'établir un historique des revendications, des mobilisations de différents corps de professionnel.les face à la dégradation de leurs conditions de travail et de les répertorier. Le manque de personnel, le taux de *burn-out*, la charge de travail démesurée, le nombre d'heures supplémentaires, la désertification médicale, etc sont autant d'éléments qui produisent de la souffrance au travail et qui par extension peuvent impacter sur la prévalence des VGO et d'augmenter les négligences par manque de temps et de disponibilité.

Cependant, il me semble également intéressant de considérer ce qui suit. Les conditions de travail font partie des éléments structurels de l'institution médicale. Ces conditions peuvent amener à diverses formes négligences comme relevé plus haut. Celles-ci sont à distinguer de la maltraitance intentionnelle. Les VGO infligées dans ce contexte mettent en lumière le rapport de pouvoir préexistant entre les groupes sociaux. En effet, elles révèlent en creux que celles-ci s'exercent par

les acteurs et actrices de l'institution médicale sur les patientes/parturientes. Les professionnel-le-s, lorsqu'ils et elles se permettent de maltraiter ou de manquer de respect envers des patientes/parturientes ou d'autres collègues de professions considérées comme subalternes savent consciemment auprès de qui il est possible d'agir des actes maltraitants. Imaginer que de pareils traitements puissent être infligés à leurs supérieurs-es hiérarchiques apparaît évidemment comme incongru et démontre qu'elles sont bien dirigées sur des personnes en situation de vulnérabilité et appartenant aux groupes dominés.

Il existe un processus d'altérisation envers les patientes par les professionnel-le-s qui ont été formé-e-s à cela. Cette altérité n'est pas et ne peut pas être considérée comme symétrique. Les groupes sont pris dans des logiques et des structures stratifiées et hiérarchisées, il s'agit avant tout d'un rapport culturel et social. Il n'y a pas d'intersubjectivité entre patientes et soignant-e-s, il y a une hiérarchisation des subjectivités et une objectivation de celles-ci. Tout le dispositif de l'institution médical, construit par cette hiérarchie, est chargée de la préserver, de la renouveler, elle ne permet pas de symétrisation dans la relation entre ces groupes sociaux. La genèse et l'analyse des processus et modalité d'altérisation des patientes/parturientes serait intéressante à étudier.

Ils existent des regroupements professionnels (ordres, fédérations, associations) et des groupes de patients. Dans le premier cas, cela fait partie de la construction de l'identité professionnelle. Ces adhésions généralement obligatoires, s'effectuent après des années de formation et l'obtention d'un diplôme. Dans le deuxième cas, il est en revanche notoire que personne ne se constitue, ne se forme, en tant que patient *a priori*. Les groupes de défense, et associations de patient-e-s sont investies dans la majorité des situations, lors de la survenue d'un problème. Il n'y a pas de culture commune « d'être patient » comme sujet politique, pas de référentiel commun comme on peut être médecin, sage-femme, ou spécialiste en santé sexuelle. Si l'autorité médicale est communément apprise, acquise et incorporée par les personnes amenées à consulter, les patient-e-s au sens large constituent une catégorie qui elle seule est pensée et altérisée.

Ces réflexions m'amènent à questionner les propositions d'améliorer de la communication pour prévenir les VGO, dans ce contexte d'altérité. Sur quelles modalités ces améliorations peuvent-elles concrètement se décliner et se déployer ? Quelles sont les implications d'établir une communication dans un rapport social inégal ? Qui est *profane* ? Qui parle la langue de qui ? Toutes ces questions ne peuvent être résolues par le simple recours à de la communication non-violente ou d'autres méthodes qui sont généralement des propositions d'ordre esthétique. Mieux communiquer devrait impliquer des modifications structurelles de fond et non du renforcement dans la diversification des formes.

« Savoir entendre la violence sans pour autant désigner un coupable »

Claire Michel et Claire Squires questionnent les limites inhérentes, selon elles, à toute tentative de définir une violence, dans la possibilité de délimiter ce qui l'est de ce qui ne l'est pas d'une part, et d'autre part, car le terme de «violences» associé au champ disciplinaire de la gynécologie et de l'obstétrique semblerait désigner un responsable (Michel & Squires, 2018:24). Le fait étant, toujours selon elles, que beaucoup de soignants auraient perçu comme une agression personnelle une formulation les mettant dans une position de bourreau dont la femme serait leur victime (Michel & Squires, 2018:24). Pourtant si la question des limites définitionnelles constituent un aspect aussi important que délicat à établir, la question des parties prenantes à la définition, bien qu'également incontournable me semble être un aspect complètement différent bien qu'intimement lié. Ainsi, les autrices affirment peu après que l'objectif de l'expression «violences obstétricales» ne serait pas d'aboutir à une délation ni de dénoncer un ou une professionnel·le en particulier.

Être en mesure de relevé qu'il n'existe pas de définition qui fasse consensus, amène à identifier, à questionner et considérer les raisons sous-jacentes. Une des hypothèses probables étant que les objectifs ne sont pas forcément les mêmes pour l'ensemble des protagonistes. C'est considérer la conflictualité. Dans le cas présent, il est notable que le débat autour des violences obstétricales puisse crispier les professionnel·le·s, et cette partie est, selon moi, très significative d'un point d'achoppement majeur bien qu'il ne soit pas propre à la question des VGO. Comme indiquer plus haut, les violences s'inscrivent dans des contextes sociaux et historiques, comme tout phénomène ou pratique sociale. La thématization et la visibilisation des violences ne datent pas d'hier et ont en commun de politiser une conflictualité traversée par des rapports de pouvoir. Et *in fine* s'il y a « violence », il y a des protagonistes autour de celle-ci. La dimension systémique dans laquelle une violence s'inscrit est évidemment centrale. Cependant, au sein d'un système, des personnes peuvent en être les auteurs et autrices, les témoins ou les victimes, notamment du fait de rapports de pouvoir qui traversent, par exemple, les institutions. Historiquement, aucune mise en lumière d'un type de violence, de sa manifestation ou d'une discrimination ne s'est accompagnée d'un accueil ouvert et réceptif de la part des groupes désignés comme auteurs et autrices. En effet, les personnes susceptibles d'en avoir commises de manière directe ou indirecte vont s'en défendre que se soit de manière individuelle ou collective. Il en va de même pour une partie des témoins qui peuvent se sentir incriminés du fait de leur silence ou de leur passivité. Or, pour les autrices, « Savoir entendre la violence, c'est savoir déjà reconnaître son existence, sans pour autant désigner de coupable » (Michel & Squires, 2018:27), alors même qu'elles questionnent « à quoi pourrait donc servir la libération de la parole si personne n'est là pour entendre ? » (Michel & Squires, 2018:24). Effectivement. Mais alors pourquoi cet impératif de ne pas désigner de

coupable ? N'est-ce pas là une injonction paradoxale de taille que de prétendre recevoir une parole dite libérée, mais à condition que celle-ci accepte de taire et de garder sous silence ce qui s'est peut-être avéré crucial dans son expérience ou dans sa situation ?! Il suffit de transposer cet impératif ubuesque à d'autres contextes de maltraitance ou d'infraction pour en réaliser les implications absurdes. Ainsi dans un contexte de harcèlement au travail il ne faudrait pas, *par principe*, dénoncer de supérieur hiérarchique, car il pourrait se vexer, ni un auteur de violences sexuelles, afin que ce dernier ne prenne pas ombrage. Les violences sexuelles et le harcèlement au travail étant également structurels à quoi bon donc désigner des individus ? Cet exemple montre que malgré la reconnaissance de portée internationale du concept, il constitue un motif de tension dans le dialogue entre les protagonistes. Les autrices Diniz, Niy & Da Silva Cabral soulignent que « Lorsque les femmes brisent le silence [...] de puissants mécanismes épistémiques de déni empêchent malgré tout la reconnaissance de ces violences par ses auteurs et autrices » (Diniz et al 2021), je rajouterai que ces mécanismes se donnent à voir plus largement par d'autres parties prenantes. Et j'interroge : comment je me positionne et comment nous nous positionnons-nous collectivement par rapport à cela ?

Éloge de la pacification

Comme nous l'avons vu plus haut, l'intégration de l'approche humaniste a accompagné les transformations du modèle médical hégémonique, dans la deuxième partie du XX^e siècle. Ces approches se référant beaucoup au psychologue humaniste Carl Rogers, prônent des valeurs telles que « l'empathie », « la bienveillance », « le non-jugement », etc. Considérant que le patient doit être au centre, la communication occupe une place importante dans la relation soignante. Mais si de nombreux cours et formations continues proposent d'améliorer les compétences communicationnelles, ils ne remettent pas en questions les hiérarchies sous-jacentes.

Les termes évoqués, ci-dessus ont en commun une connotation positive difficilement contestable. Cependant ils questionnent quant à leur dimension essentiellement déclarative, subjective et difficilement évaluable. Par ailleurs, quelles peuvent être l'applicabilité effective de celles-ci ? En effet, est-il possible de ne pas juger ? De même, suffit-il de déclarer ces postures pour qu'elles adviennent ? Peut-on seulement décréter la bienveillance ? N'y a-t-il pas des conditions de production et de mise en œuvre de celle-ci ? Autant de questions, loin d'être exhaustives, ne pouvant être développées ici, mais qu'il me paraît important d'énoncer.

« Mieux communiquer » disent-elles...

Mais dans un entre-soi d'initié·e·s ?

Le programme d'une journée de formation sur les VGO²¹ à destination des professionnel·les, me semble emblématique de cette posture, prônant plus de communication et de relation d'aide. Intitulé « Bienveillance obstétricale : un défi pour toutes et tous ! », il est principalement question « d'ouvrir la discussion », d'explorer « les défis du consentement bienveillant », « d'accompagner les parents après un mauvais vécu à la maternité », de « mieux s'écouter pour mieux s'entendre et se comprendre ». Parmi les intervenant·e·s, sont présent·e·s uniquement des professionnel·les, des représentant·e·s politiques et la présence d'une association qui bénéficie d'une demi-heure d'intervention sur l'ensemble de la journée. Pas de patientes, ni de parturientes, pas de sujet politique. Donc ouvrir la discussion oui, mais sans les principales intéressées. Les propositions qui se déclinent en filigrane de ce type de dispositif, réitère ce que le milieu médical est déjà censé pouvoir : de la relation d'aide et des compétences en communication. L'approche humaniste est intégrée aux cursus depuis maintenant plusieurs décennies. Elle n'empêche pas la maltraitance. Proposer comme remède « plus de quelque chose qui ne fonctionne pas » voire qui induit des situations paradoxales, questionne ce qui peut sembler être une impasse.

Pourrait-on simplement considérer que « mieux communiquer » et « ouvrir la discussion » implique d'avoir des interlocutrices ?

21 https://www.hesge.ch/heds/sites/heds/files/migrations/bienveillance_obstetricale_2021_23_low.pdf

Politiser la maltraitance: s'affirmer dans un rapport social défavorable

Dans ce chapitre, je propose de questionner les cadres de production de la maltraitance et de la considérer comme le produit d'un rapport social. Plutôt que de l'envisager comme un acte de déviance au système de soins, la comprendre comme une résultante de celui-ci. La démarche entend évacuer la dimension morale du problème pour essayer de mettre à jour les éléments de conflictualité qui aboutissent à l'agissement de VGO. Comment comprendre l'ensemble des éléments constituant les cadres de production de la maltraitance et la manière dont ils s'articulent ? Répondre à ce double questionnement nécessiterait une recherche approfondie, permettant à la fois d'identifier précisément ces derniers ainsi que leur articulation. Sans prétendre nullement réaliser cette tâche, je me contenterai d'évoquer quelques pistes de réflexion dans ce sens-là.

La maltraitance théorique

L'un des premiers éléments constitutifs de ce que j'énonce plus haut concerne le cadre de production théorique. Cette dimension est centrale, car les compétences professionnelles s'élaborent de manière conséquente en références à la théorie. Les cadres théoriques avec les cadres réglementaires et législatifs fondent en grande partie la légitimité de pratiques et des dispositifs de soins (traitements, protocoles, etc) sur lesquelles elles viennent s'appuyer.

Comme nous l'avons vu plus haut, il arrive qu'une forme d'inertie s'exerce quant à la mise à jour de connaissances actualisées sur telle ou telle pratique par exemple. Il arrive également que des personnes ou des services puissent délibérément décider de ne pas se référer à la littérature scientifique. C'est par exemple le cas concernant le recours aux appuis utérins, dont la dangerosité et l'inefficacité ont été établies par l'EBM, ce qui n'empêche pas certain·e·s professionnel·le·s d'y avoir recours soit de manière isolée, sans que le service ne soit officiellement informé, soit collective quand la pratique est cautionnée voire encouragée par les responsables du dit-service. Dans l'activité du conseil en santé sexuelle, cela pourrait se traduire en outrepassant les cadres législatifs et théoriques, par exemple, en refusant d'informer correctement une personne sur l'ensemble des méthodes contraceptives. Le ou la professionnel·le sélectionne alors préalablement les méthodes présentées, exagère ou minimise les avantages et les effets secondaires dans le but d'influencer la personne, elle insiste par divers procédés de pression psychologiques pour forcer les éventuelles résistances de la personne. Ces agissements,

qui ciblent généralement plus certains groupes de personnes (jeunes, personnes en situation de migration, personnes précaires, travailleuses du sexe) ne respectent pas leur droit d'avoir accès à des informations éclairées, et ne se réfèrent pas non plus au contenu théorique actualisé démontrant que la meilleure méthode est incontestablement celle choisie par la personne concernée. Là encore cela peut être le fait d'un ou d'une professionnel·le, mais cela peut également être le choix délibéré d'un service ou d'un établissement.

Il convient de distinguer ce qui relèverait de mésusages théoriques, par omission ou par déformation, du concept développé par la psychologue Françoise Sironi de « maltraitance théorique » qui fait l'objet de ce chapitre. Une *maltraitance théorique*, est « une maltraitance induite par les théories, les pratiques ou les dispositifs thérapeutiques inadéquats » (Sironi, 2007, p. 182). L'autrice expose que « Les modes de prise en charge (tant psychologiques que médicales, sociales, éducatives) peuvent avoir, si l'on n'y prête pas garde, des effets iatrogènes inattendus et contre-thérapeutiques. Cela se produit lorsque des théories sous-jacentes à nos pratiques cliniques sont plaquées sur la réalité. Elles agissent alors comme un véritable discrédit : discrédit envers la spécificité des problématiques (torture, génocide, transsexualité, laissés-pour-compte économiques, migrants...), discrédits envers l'impact traumatique que peut avoir la non-reconnaissance, précisément de la spécificité d'un vécu, envisagé dans toute l'intégralité des déterminants qui le composaient » (Sironi, 2007, p. 181). Ainsi, permettre de rendre compte de « l'inadéquation des théories avec lesquelles le patient est pensé et l'inadéquation avec les méthodes psychothérapeutiques avec lesquelles il est traité. Génère les mêmes symptômes que le traumatisme secondaire. [...] Ce type de manifestations est souvent mis sur le compte de la pathologie initiale du patient [...] Ils peuvent également être interprétés comme un "excès de réactivité du patient" conscient de l'incompréhension dont il fait l'objet » (Sironi, 2007, p. 182).

Élaboré il y a presque vingt ans, ce concept qui me semble relativement méconnu en dehors du domaine de la psychologie, et dans tous les cas insuffisamment mobilisé, offre une perspective qui demeure particulièrement pertinente. Il permettrait de saisir les VGO en tant que manifestations résultantes d'inadéquations potentielles entre certains modèles théoriques au travers desquels sont pensés « la femme », ainsi que les réponses sous forme de prise en charge qui sont produits à partir de ces mêmes modèles. Le modèle biomédical produit une abondance de savoirs qui essentialisent et naturalisent le genre, en recourant à des réductions, des distorsions qui permettent de réifier des catégories binaires de sexes, participant à fabriquer un tableau de connaissances erronées. Tardivement introduites dans des cursus de formation telles que la médecine ou encore les études de sages-femmes, l'acceptation des sciences sociales ne va pas de soi, leur nombre d'heures demeurant souvent très limités.

Comme nous l'avons vu, plusieurs définitions des VGO s'accordent à considérer qu'elles sont notamment le produit de la violence basée sur le genre (Lahaye, 2018). Le terme de genre est

susceptible d'induire des mécompréhensions du fait de son caractère polysémique. Souvent utilisé comme synonyme des catégories sociales « femmes » et « hommes », voire purement et simplement réduite au « sexe » supposé d'une personne, le genre est avant tout un concept qui permet de rendre compte d'un rapport social hiérarchisé faisant état d'un rapport de pouvoir. Le genre, pour reprendre les termes de l'historienne Joan Scott, est « un élément constitutif des relations sociales fondé sur les différences perçues entre les sexes, [...] une façon première de signifier les rapports de pouvoir » (Scott, 1986), dont l'autrice souligne la force théorique. Ainsi le genre constitue également un outil d'analyse qui permet notamment d'appréhender les biais d'élaboration de certains savoirs dits « scientifiques ». Il permet de mettre à jours des présupposés sous-jacents, de déconstruire la supposée validité de certaines théories et par conséquent du bien fondé des pratiques qui en découlent. D'autres rapports sociaux et donc de pouvoir nécessitent d'être considérés conjointement pour étayer une compréhension des effets de la maltraitance théorique en gynécologie, en obstétriques et plus largement dans les domaines qui touchent à la reproduction. Comme nous l'avons vu en amont, la question de la race mais aussi de la classe devraient être envisagés conjointement et non comme des ajouts additionnels qui viendraient compléter et enrichir la réflexion. Ces rapports de pouvoir s'exercent de manière consubstantielle pour reprendre le terme de Danièle Kergoat²² et nécessitent d'être pris en compte conjointement (Verges 2017 ; Benelli 2010).

Saisir la maltraitance théorique, c'est également se pencher sur les théories et le modèle économique hégémonique qui produisent la gestion et l'organisation des soins. Si différents domaines du système de santé sont interpénétrés par des intérêts privés, celui-ci est structuré par l'État, ce qui nous amène à devoir considérer sa place et sa responsabilité.

Institutionnalisation de la maltraitance :

En France, l'Association Nationale des Étudiant·e·s Sages-femmes (ANESF) effectue en 2018 une enquête²³ ayant pour objectifs de recueillir et d'analyser les informations concernant les conditions de vie des étudiant·e·s sages-femmes. Trois thématiques étaient explorées : le niveau de vie matériel de l'étudiant·e, sa santé et son vécu dans la formation. Les résultats obtenus avaient permis de mettre en évidence des constats alarmants. Cinq ans plus tard, soit en 2023, l'ANESF réitère l'enquête, et l'association alerte sur le fait que les constats demeurent tout aussi alarmants

22 « Les rapports sociaux « forment un nœud qui ne peut être séquentiel au niveau des pratiques sociales, sinon dans une perspective de sociologie analytique ; et ils sont *coextensifs* : en se déployant, les rapports sociaux de classe, de genre, de « race », se reproduisent et se co-produisent mutuellement » (p. 112). Cette conception implique que « aucun rapport social n'est premier » (p. 118) : le genre n'est pas primordial par rapport à la classe et à la race, ni uniforme, mais construit différemment selon les positions de classe et de race que les individus et les groupes occupent ». (Benelli, 2010)

23 https://anesf.com/wp-content/uploads/2018/08/DP_EBE2023_AS_20230402-1.pdf Consulté le 2 novembre 2023.

qu'en 2018, les différents résultats obtenus ayant pour la plupart pas évolué voire empiré. Les résultats de l'enquête sont relayés premièrement par Franceinfo²⁴ et repris dans des articles de presse. Plusieurs éléments et facteurs explicatifs du mal-être des étudiant·e·s sont mis en avant, parmi ceux-ci le stress quotidien, la précarité, le manque d'encadrement pédagogique. Par ailleurs, les étudiant·e·s ressentent également de la maltraitance, principalement morale de la part des enseignants, ainsi que sur leur lieu de stage, où plus de 60 % des étudiant·e·s disent aussi ressentir de la maltraitance²⁵. Outre le manque de considération, les étudiant·e·s dénoncent les violences gynécologiques auxquelles ils et elles sont confrontées sur leur lieu de stage. Dans l'enquête de 2018, déjà sept étudiant·e·s sur dix présentaient des symptômes dépressifs²⁶. Le mémoire de diplôme d'État de sage-femme, Lally Brossard avait pour objectif principal de déterminer l'existence d'un lien entre le vécu des études de sages-femmes et l'encadrement des étudiants sages-femmes sur le terrain (Brossard, 2022). Selon l'étude, la prégnance du stress lors des stages pendant la formation était déjà de mise chez les sage-femmes interrogées quelle que soit la période lors de laquelle a eu lieu la formation (174 participantes à l'étude pour une moyenne d'âge de 36 ans). Parmi les réponses, « une part non négligeable de réponses en faveur de la présence d'une maltraitance en stage, qu'elle soit physique ou verbale » (Brossard, 2022, p. 45). Malgré cette présence de maltraitance, les sage-femmes interrogées « ont, globalement, un bon voire très bon souvenir de leur encadrement et le considère comme bon dans l'ensemble ». Ce qui indique un dépassement et une forme de résilience face à ces traitements qui marquent néanmoins les mémoires. Dans le même temps, deux tiers affirment que l'encadrement reçu durant les études influence celui donné aujourd'hui et « ne veulent absolument pas reproduire les mauvais comportements que les sages-femmes ont pu avoir à leur égard durant leurs études ». Ainsi, « les sages-femmes tiennent à appuyer leur accompagnement sur la bienveillance et la communication » (Brossard, 2022, p. 45). Citant une étude²⁷ datée de 2020, produite par le Conseil National des Sages-femmes de France (CNSF), Lally Brossard rappelle que le stress, bien présent chez les étudiant·e·s sages-femmes, se retrouve par ailleurs chez les sages-femmes diplômées, le burn-out touchant, selon cette enquête 42,30 % des sages-femmes salarié·e·s (Brossard, 2022, p. 50).

Ces chiffres récents, donnent des informations sur des phénomènes qui ne sont pas pourtant nouveaux. La question du vécu des étudiant·e·s pendant leurs études de sages-femmes transparaissant plus ou moins directement dans d'autres mémoires (Charrier, 2011; Flenghi,

24 https://www.francetvinfo.fr/sante/professions-medicales/sages-femmes/manque-de-consideration-violences-gynecologiques-sept-etudiants-sages-femmes-sur-dix-souffrent-de-depression-selon-une-enquete_3084695.html

25 <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/stressees-et-maltraitees-une-etudiante-sage-femme-sur-deux-envisage-d-arreter-ou-suspendre-sa-formation.html>

26 <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/greve-des-sages-femmes-les-etudiants-tout-autant-concernes-par-le-nauffrage-de-la-profession.html>

27 CNSF, «Rapport sur l'évaluation de la santé au travail des sages-femmes en France,» 03 06 2020. https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2020/06/2020.06_Enqu%C3%AAte-Bien-%C3%AAtre.pdf

2012). Ces différents travaux indiquent un intérêt récurrent et marqué concernant cette thématique qui ressort comme ayant marqué les esprits et les expériences des professionnel·le·s diplômé·e·s. Questionnant ainsi le vécu et la santé des étudiant·e·s sages-femmes lors de leur formation initiale, Julie Flenghi effectue un rappel contextuel éclairant sur la situation au début de la décennie 2010 :

« En mars 2010, c'est la stupeur dans le monde médical et étudiant : suite au suicide d'un étudiant Sage-Femme de deuxième année, les langues se délient, les étudiants osent parler de leur "calvaire". Le journal Le Monde du 02 mars 2010 titre : "Malaise à l'école de Besançon" On y découvre ainsi le quotidien de certains étudiants Sages-Femmes en formation initiale : des insultes, des remarques humiliantes et blessantes, de la maltraitance verbale, voire de la maltraitance physique. Le phénomène est-il nouveau ? Non. Il suffit de se replonger un peu dans la presse pour découvrir des faits déjà évoqués. En Juillet 2002, Le Figaro titre : " Scandale à l'école de Sages-Femmes de Toulouse". Le Monde reprend en cœur : "A Toulouse, quarante élèves Sages-Femmes portent plainte pour harcèlement moral". La presse nationale se fait l'écho d'une plainte pour harcèlement, déposée par quarante étudiants de l'école de Toulouse. Suite à cet événement et à la réalisation d'un audit à la demande du Ministère de la Santé, les départs de la directrice et de deux enseignantes seront exigés et la mise en place d'une mission de surveillance par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) sera instituée. En 2004, l'Association Nationale des Étudiants Sages-Femmes (ANESF) publie les résultats d'une enquête nationale sur le vécu de la formation initiale : une fois encore les mots "exploitation", "humiliation", "persécution", "dévalorisation", "infantilisation", "stress" très important" sont cités. Les études de Sage-Femme sont qualifiées de "difficiles physiquement et nerveusement ».

En 2017, issue d'une enquête nationale réalisée en 2013, et enrichit par 130 témoignages d'étudiant·e·s en santé (ou ex-étudiant·e·s), paraît l'ouvrage « Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé » (Auslender, 2017). Interviewée par le journal «Les Échos », l'autrice Valérie Auslender dit vouloir « libérer la parole des futurs médecins, infirmiers, aide-soignants ou sage-femmes ». Elle expose dans son livre « le harcèlement moral ou sexuel, les violences, brimades et autres humiliations subis pendant leurs stages en milieu médical avec des conséquences importantes sur leur santé physique et psychique et des issues parfois tragiques²⁸». L'autrice décrit un « phénomène de violence quasi institutionnalisée [...] » ainsi

28 <https://start.lesechos.fr/apprendre/universites-ecoles/omerta-a-lhopital-quand-les-etudiants-en-sante-sont-maltraites-1177496>

qu'une « loi du silence qui règne dans cet univers où les victimes sont peu nombreuses à oser porter plainte par peur des répercussions sur leur future carrière ».

Cet aspect de la « culture médicale » n'épargne pas les médecins. En 2019 pour son travail de thèse, Barbara Lantier, médecin généraliste, aborde la question du suicide des externes, internes et docteurs en médecine. Selon elle, l'idée qu'il faut « apprendre dans la douleur » reste prégnante au sein d'une culture hospitalière qui évolue à huis clos²⁹. Faisant suite à deux thèses de doctorat de 2020 s'intéressant aux violences subies par les internes en médecine générale, l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) publie la première enquête spécifique³⁰. Celle-ci dépeint une « hiérarchie oppressante », parmi les résultats, « 40 % des réponses signalent des remarques sexistes dans le cadre d'un stage hospitalier, et 5,2 % parlent d'agressions. Au total, 9 actes de harcèlement sur 10 auraient été perpétrés par un supérieur hiérarchique. Si les étudiants n'ont pas signalé les agressions sexuelles, c'est dans plus de 30 % des cas par peur des retombées, et autant ne l'ont pas fait parce qu'ils estiment que « ça ne sert à rien ». Interrogée par le journal Marianne lors d'une interview datée du 18 mars 2021, Morgane Gode-Henric, présidente de l'Anemf précise : « Ils se disent que les choses ne changeront pas. Et il y a une impunité ambiante, d'autant plus que le milieu hospitalier est un petit milieu : l'étudiant se dit qu'on le retrouvera³¹ ». Le 4 avril 2021, suite au cinquième suicide d'un interne de médecine enregistré depuis le début de la même année, Gaëtan Casanova, président de l'intersyndicale Nationale des Internes (ISNI), et interne d'Anesthésie-Réanimation accorde à son tour un entretien au même journal. Il indique « que quand on souffre, en médecine, la culture de ce milieu veut que l'on serre les dents. Il y a un grand sens de la responsabilité, parfois délétère. Un interne sait que s'il est épuisé mentalement et physiquement, et qu'il demande à ne pas faire une garde, à prendre des jours de repos, il ne sera pas remplacé. La charge de travail sera remise sur ses collègues. Alors les internes restent surchargés, refusant de mettre les autres en péril. Ils parlent peu de leur mal-être : ceux qui nous sont remontés sont probablement sous-estimés »³². Pointant les conditions de travail et la question des violences il précise : « on ne monterait pas au créneau si on n'avait pas la certitude que les conditions de travail sont liées à leur détresse. Certains ont laissé des lettres qui laissent peu de doutes sur les causes de leur souffrance. Ils évoquent la pression, l'épuisement, le harcèlement, pour certains les relations avec leurs chefs de service, les attitudes

29 https://www.lemonde.fr/campus/article/2021/01/12/chez-les-etudiants-en-medecine-le-tabou-des-suicides_6065953_4401467.html

30 <https://www.marianne.net/societe/education/une-nouvelle-enquete-pointe-du-doigt-les-violences-sexuelles-dans-les-etudes-de-medecine>

31 <https://www.marianne.net/societe/education/une-nouvelle-enquete-pointe-du-doigt-les-violences-sexuelles-dans-les-etudes-de-medecine>

32 <https://www.marianne.net/societe/sante/suicides-dinternes-en-medecine-leur-detresse-est-liee-a-leurs-conditions-de-travail>

humiliantes... Globalement, on sait que travailler 90 heures par semaine est dangereux et augmente le risque de suicide, tout comme les violences subies dans le cadre professionnel »³³.

Sans prétention exhaustive, ce chapitre met en lumière la récurrence de certaines problématiques apparaissant comme constitutives de parcours de formations en santé, du moins en partie pour les études de médecine et de sages-femmes dans le contexte français. Si tous et toutes les étudiant·e·s ne sont pas directement affecté·e·s ou concerné·e·s personnellement, la prévalence des violences évoquées dessine un contexte culturel imprégné par celles-ci, ainsi que par une forme d'omerta les entourant. Le tout se déclinant sur un fond de conditions de travail difficiles souvent décrites comme de plus en plus détériorées. Ces violences, visiblement moins voire non étudiées dans les contextes belge et suisse, permettent-elles de conclure qu'elles seraient spécifiques à la France ? On peut supposer que non. Si des éléments de contextes d'ordre organisationnel, notamment concernant les conditions de travail peuvent être distincts et variés selon les régions et selon les pays, d'autres éléments tels que les structures hautement hiérarchisées, les régulations professionnelles fonctionnant dans une forme d'entre-soi parfois corporatiste (ordre des médecins, fédérations ou associations professionnelles), la promiscuité, les rapports de pouvoir potentiellement coercitifs, de même que la division sexuelle du travail, sont autant de pistes laissant entrevoir une culture médicale produite par des violences et les reproduisant de façon institutionnalisée et de manière structurelle.

Incorporer la violence

La formation n'est pas qu'une assimilation d'ordre théorique, elle est aussi incorporée par des codes, des pratiques, de répétitions de gestes, par l'intégration d'une culture de soins qui n'est pas forcément thématifiée, ni même conscientisée pour ce qu'elle est. Il existe plein d'implicites exposant les futur·e·s professionnel·le·s à des violences inhérentes au milieu, à une gestion ultra hiérarchisée de celle-ci, par l'intégration profonde du respect de l'Autorité et de la soumission à celle-ci. Ainsi, des cours et des discours autour de la bienveillance prônant des approches humanistes comme fondement de l'identité professionnelle, coexistent et co-construisent des identités dans un contexte hautement paradoxal. On ne naît pas maltraitant·e, on le devient. Si les VGO sont en partie le fait de maltraitances infligées de la part de professionnel·le·s, quelle part est la résultante de leur exposition propre à un environnement professionnel et de formation traversé par de la violence systémique ?

Comme le montre les articles, les étudiant·e·s exposé·e·s aux violences qu'ils et elles subissent restent très largement tues. Il en va de même lorsqu'ils et elles sont témoins de VGO. Mais ce

33 <https://www.marianne.net/societe/sante/suicides-dinternes-en-medecine-leur-detresse-est-liee-a-leurs-conditions-de-travail>

phénomène ne concerne pas que les étudiant·e·s. Les professionnel·le·s sont également témoins de celles-ci. Bien qu'elles puissent être infligées par des personnes seules, elles peuvent aussi être le fait de plusieurs personnes voire produites par l'équipe présente. À ce titre, il serait vraiment éclairant d'étudier les dynamiques et processus de violences collectives que je n'ai pas la place de développer ici. Dans tous les cas, l'omerta décrite par les étudiant·e·s ne s'applique pas qu'à elles et eux, elle est aussi structurante de l'institution qui fonctionne par cette silenciation. Là encore les nombreuses implications et conséquences de celle-ci mériteraient d'être explorées.

Penser les VGOR en santé sexuelle et reproductive

En Suisse, le titre de spécialiste en santé sexuelle a été développé par Santé Sexuelle Suisse (SSCH), en coopération avec les organisations professionnelles de santé sexuelle³⁴. SSCH est la faîtière des centres de santé sexuelle et des services d'éducation sexuelle dans toute la Suisse. C'est une organisation indépendante à but non lucratif, partenaire de l'Office fédéral de la santé publique suisse (OFSP) et également membre accrédité de l'International *Planned Parenthood Federation* (IPPF)³⁵.

Les statuts de SSCH sont basés sur le programme d'action de la Conférence des Nations Unies qui s'est déroulé au Caire en 1994, où furent reconnus pour la première fois, les droits reproductifs comme des droits humains, ainsi que leur influence sur l'égalité des sexes. Les droits humains et les droits sexuels qui en découlent constituent, pour SSCH, la base de la promotion de la santé sexuelle³⁶.

Bien qu'utile sinon nécessaire dans une perspective de contextualisation élaborée, je ne pourrais malheureusement pas développer ici toutes les spécificités définitionnelles ni leur ancrage historique. Néanmoins, afin d'appuyer mon propos sur des définitions tout en respectant un impératif de concision, je me suis référée à la partie introductive d'un document récapitulatif sous forme d'état des lieux du droit de l'ONU, du Conseil de l'Europe et du droit suisse en matière de santé sexuelle et reproductive³⁷ (Recher, 2019). L'auteur établit que « le terme de « santé sexuelle et reproductive et les droits y afférents » renvoie de manière égale à l'ensemble de ces quatre aspects » (Recher, 2019, p. 11)

La santé sexuelle est définie par l'OMS comme:

34 <https://www.sante-sexuelle.ch/qui-sommes-nous>, consulté le 2023-10-30

35 Ibid.

36 Ibid.

37 [Santé sexuelle et reproductive et droits y afférents - État des lieux du droit de l'ONU, du Conseil de l'Europe et du droit suisse](#). Auteur : Alecs Recher, édition 2019

« ...un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. Pour que la santé sexuelle soit assurée et protégée, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et appliqués ». (OMS, 2006)

Pour la définition de la santé reproductive l'auteur se réfère à la définition du programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population tenue au Caire en 1994 :

« Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples³⁸ toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. »

L'ensemble de ces définitions et textes cadres entendent garantir aux personnes concernées la possibilité d'exercer leurs droits humains, sexuels et reproductifs, sans devoir être confrontées à un quelconque type de violence.

Cette orientation de la santé sexuelle fondée et supposément garantie par les différents textes cadres se référant au domaine du droit est communément partagée par de nombreux pays.

Comme nous l'avons vu, les réponses proposées face aux VGO ont largement investi les domaines de la communication, de la posture professionnelle, du développement personnel et du *care*, postulant très largement la nécessité de s'investir pour une meilleure communication entre patientes/parturientes et professionnel·le·s de la santé. Dans la lignée, des postures humanistes, déjà présentes dans les paradigmes des soins en vigueur, avec le postulat de mettre le patient au centre, de le considérer de manière holistique en mettant en avant la centralité du « non-jugement », d'*empowerment*, de la considération positive, du respect et plus récemment le concept

38 Je relèverais que la définition du programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population tenue au Caire, invisibilise les autres formes de parentalité que celle du couple hétérosexuel. Si l'absence de référence à l'homoparentalité peut probablement s'expliquer par le contexte de l'époque, l'omission de la monoparentalité donne à voir un implicite normatif quant à la forme de parentalité hégémonique et acceptable.

de bienveillance dans les soins ». Comme souligné précédemment, difficile de formuler une critique de ces déclarations d'intention. Qui pourrait ne pas souhaiter la mise en œuvre effective toutes ces formulations éminemment positives, cependant bien plus complexes à définir dans une perspective pratique concrète permettant d'être saisies et le cas échéant objectivées et évaluées sur le terrain. Propositions reçues comme attractive, la communication interpersonnelle et les postures individuelles s'inscrivent dans une répartition genrée du travail, avec une portée politique limitée. Cependant, d'autres formes de mobilisations, parfois de manière non exclusives, réclament, elles, plus de moyens, l'amélioration des conditions de travail et des exigences plus marquées d'un point de vue structurel, permettant d'ouvrir sur des perspectives collectives.

En tant que spécialistes en santé sexuelle, nous sommes très largement en relation avec des personnes en situation de vulnérabilité pour diverses raisons. Au vu de tout ce qui a été développé plus haut, il me semble important de rappeler les dimensions structurelles qui cadrent notre pratique, agencent également nos représentations. Parce que nous sommes dans un rapport de pouvoir, et cela malgré toute la bienveillance et les bonnes intentions qui peuvent nous animer, nous devons en permanence avoir conscience que ces représentations, articulées aux cadres réglementaires ont des fonctions régulatrices qui peuvent être maltraitantes.

Tout en continuant de se référer aux droits des personnes en matière de santé sexuelle et reproductive, il me semble incontournable de questionner les conditions d'accès à l'exercice de ces droits en questions. Dans une perspective de justice reproductive, j'aimerais pouvoir engager ma pratique professionnelle dans le respect de celle-ci. Les obstacles sont malheureusement nombreux, une partie d'entre eux étant le résultat de politiques publiques. Cette démarche qui ne peut être de portée individuelle, donne à voir l'importance de penser le collectif. Notre pratique est politique.

Conclusion

Dans un premier temps, je me suis intéressée au contexte d'émergence du concept des VGO. En réalisant un état des lieux socio-historique, j'ai pu mettre en lumière plusieurs processus de mobilisations autour de la question des maltraitances faites aux femmes en raison de leurs organes sexuels et reproducteurs, ainsi que de diverses conceptualisations de ces maltraitances. Parmi les processus significatifs autour de la visibilité des VGO, l'ampleur de sa médiatisation entraînant son arrivée dans le débat public, puis dans le champ politique ont eu un impact quant à la légitimation et la nécessité de la prise en compte de celles-ci. Parmi les éléments de légitimation figurent les textes de droits nationaux et internationaux qui participent également à légitimer la prise en compte des VGO. D'un autre côté, les mêmes textes de loi semblent échouer dans la garantie du respect effectif des droits des personnes, par différents mécanismes tant matériels que symboliques. De plus, ils ne semblent pas revêtir un caractère dissuasif à l'endroit des personnes responsables de maltraitances ou de VGO. Les deux hypothèses explicatives formulées sont la méconnaissance du droit par les protagonistes et le faible taux de sanction ou de condamnation des actes incriminés qui découragent les victimes d'entreprendre des démarches juridiques. Ce constat, permet de considérer plusieurs aspects de limitation aux droits, de questionner la dimension individualiste de cette perspective et d'envisager d'autres alternatives conceptuelles existantes comme celle de la « Justice reproductive ». Issue d'un mouvement né aux États-Unis dans les années 1990, cette perspective, créée et portée par un collectif de femmes noires, émerge en réponse aux féministes engagées pour les droits reproductifs. Ces dernières, majoritairement blanches, se focalisaient sur le droit à l'avortement et l'accès à la contraception, laissant de côté d'autres revendications tout aussi importantes, mais pourtant invisibilisées. Permettant de dépasser une perspective individuelle où chaque personne serait responsable de faire valoir ses droits toute seule, la dimension de « Justice » offre des dimensions de pensées et d'organisations collectives permettant d'assurer et de garantir une justice reproductive et sexuelle à chaque individu.e. Une fois considérés l'ensemble des points ci-dessus, les VGO s'inscrivent alors dans un continuum de discriminations et d'inégalités de santé, dont la santé sexuelle et reproductive, s'articulant avec d'autres rapports de pouvoir et de domination, notamment le racisme ou encore la pauvreté. La prise en compte des limites d'accès aux droits et la considération d'injustice reproductive d'une part et d'autre part la prise en compte du rôle de l'État permet d'appréhender et d'éclairer les disparités existantes, notamment dans le domaine du conseil en santé sexuelle.

Dans un deuxième temps, j'ai proposé de considérer les VGO non pas comme des actes de déviances, mais au contraire d'explorer des mécanismes de production de celles-ci et d'envisager

que ceux-ci fassent partie d'une forme d'institutionnalisation de la violence au sein de la culture médicale. Différents aspects comme les processus d'altérisation des patientes/parturientes, tant par la théorie que par la pratique font partie de ces mécanismes. Les professionnel-le-s apprennent et incorporent des modes relationnels fondés sur la soumission et la déférence à l'autorité, dans une promiscuité sociale relativement étanche. Par ailleurs, ils et elles construisent leur identité professionnelle sur des injonctions paradoxales, où l'incorporation de la violence doit se faire dans un même temps que l'intégration de valeurs dites humanistes.

En partant de notre posture professionnelle, que j'ai située comme faisant partie d'un rapport social et donc d'un rapport de pouvoir, le présent travail propose de réfléchir à nos pratiques et à leurs implications depuis cette perspective. Loin d'avoir pu explorer tous les paramètres nécessaires à une compréhension fine du phénomène et des implications théoriques et pratiques, il apparaît utile de questionner les injonctions au consensuel et les évaluations morales. En effet, ces dernières en disqualifiant les analyses politiques, ne discréditent-elles pas durablement la possibilité de remettre en question les rapports de pouvoir qui produisent les VGOR ? N'est-ce pas une manière de préserver un ordre social, en concédant de modifier quelques modalités pour mieux le pérenniser ? Politiser la maltraitance et les VGO c'est s'attaquer à la racine de l'ordre inégalitaire qui les produit.

Bibliographie

Auslender, V. (2017). *Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*. Michalon.

Azcué, M., & Tain, L. (2021). L'émergence du concept de « violence obstétricale » : L'impact du mouvement féministe. *Santé Publique*, 33(5), 635-643.
<https://doi.org/10.3917/spub.215.0635>

Benelli, N. (2010). Elsa Dorlin : Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination. *Nouvelles Questions Féministes*, 29(3), 110-113. <https://doi.org/10.3917/nqf.293.0110>

Bolton, D. (2020). Le modèle biopsychosocial et le nouvel humanisme médical (J. Tinland & J. Ferry-Danini, Trad.). *Archives de Philosophie*, Tome 83(4), 13-40.
<https://doi.org/10.3917/aphi.834.0013>

Brossard, L. (2022). *Vécu des études de sages-femmes : Lien avec l'encadrement des étudiants sages-femmes dans le département des Bouches-du-Rhône*.

Charrier, P. (2010). *Les sages-femmes en France*.

Conseil de l'Europe. (2019). *Recommandation CM/Rec(2019)1 : PREVENTING AND COMBATING SEXISM*.

Déchalotte, M. (2017). *Le livre noir de la gynécologie*. FIRST.

Diniz, C. S. G., Yoshie Niy, D., & Da Silva Cabral, C. (2021). Les « violences obstétricales » comme subversion épistémique. Saisir des maltraitances anciennes dans un concept nouveau (C. Matoussowsky, Trad.). *Cahiers du Genre*, 71(2), 57-80. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0057>

Dorlin, E. (2009). *Sexe, race, classe* (Presses Universitaires de France).
https://www.puf.com/content/Sexe_race_classe

El Kotni, M., & Quagliariello, C. (2021). L'injustice obstétricale. Une approche intersectionnelle des violences obstétricales. *Cahiers du Genre*, 71(2), 107-128. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0107>

El-Kotni, M., & Virole, Louise. (2022). *Justice reproductive*. Dictionnaire du Genre en Traduction.
<https://worldgender.cnrs.fr/notices/justice-reproductive/>

Flenghi, J. (2012). *Étudiants Sages-Femmes : De la souffrance au coeur de la vie ?* [Master's Thesis, Université de Lorraine]. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01872593>

- Haut Conseil à l'Égalité (HCE). (2018). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme* (2018-06-26-SAN-034). Haut Conseil à l'Égalité (HCE). https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf
- Lahaye, M.-H. (2018). *Accouchement—Les femmes méritent mieux*. Michalon.
- Lausberg, S. (2020). Violences obstétricales, un enjeu de la lutte contre les violences envers les femmes. *Périnatalité*, 12(4), 157-164. <https://doi.org/10.3166/rmp-2020-0097>
- Levy, M. (2023). Leur corps, leur choix : Vraiment ? *Bulletin des médecins suisses*, 104(11), 72-73.
- Michel, C., & Squires, C. (2018). Entre vécu de l'accouchement et réalité médicale : Les violences obstétricales. *Le Carnet PSY*, 220(8), 22-33. <https://doi.org/10.3917/lcp.220.0022>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2006). *Defining Sexual Health : Report of a Technical Consultation on Sexual Health, 28-31 January 2002, Geneva*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://books.google.ch/books?id=9uyXnQAACAAJ>
- Panese, F. (2022). [Not Available]. *Revue Médicale Suisse*, 18(774), 552-554. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2022.18.774.552>
- Pheterson, G. (2003). Grossesse et prostitution. Les femmes sous la tutelle de l'État. *Raisons politiques*, 11(3), 97-116. <https://doi.org/10.3917/rai.011.0097>
- Recher, A. (2019). *SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET DROITS Y AFFÉRENTS: État des lieux du droit de l'ONU, du Conseil de l'Europe et du droit suisse*. Santé Sexuelle Suisse. <https://www.sante-sexuelle.ch/assets/docs/SSR-et-droits.pdf>
- Rozée, V., & Schantz, C. (2021). Les violences gynécologiques et obstétricales : Construction d'une question politique et de santé publique. *Santé Publique*, 33(5), 629-634. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0629>
- Schantz, C., Rozée, V., & Molinier, P. (2021). Introduction. Les violences obstétricales, un nouvel axe de recherche pour les études de genre, un nouveau défi pour le soin et la société. *Cahiers du Genre*, 71(2), 5-24. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0005>
- Scott, J. W. (1986). Gender : A Useful Category of Historical Analysis. *The American Historical Review*, 91(5), 1053-1075. <https://doi.org/10.2307/1864376>
- Sironi, F. (2017). *Comment devient-on tortionnaire ? - Psychologie des criminels contre l'humanité*. LA DECOUVERTE.

Thiers-Vidal, L. (2010). *De L'Ennemi Principal" aux principaux ennemis" : Position vécue, subjectivité et conscience masculines de domination*. Editions L'Harmattan.

Thuysbaert, A.-I., & Hausman, J.-M. (2023). Vers l'émergence de la problématique des " violences obstétricales et gynécologiques " dans la sphère politique et institutionnelle belge ? *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 37. <https://hal.science/hal-04198796>

Topçu, S. (2021). Obstétrique, (non)violence et féminisme. Un regard sociohistorique. *Cahiers du Genre*, 71(2), 81-106. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0081>

Vadeboncoeur, H. (2003). Les gestes obstétricaux violents. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 317. https://www.academia.edu/9931770/Les_gestes_obst%C3%A9tricaux_violents

Vergès, F. (2017). *Le Ventre des femmes : Capitalisme, racialisation, féminisme*. Albin Michel.

Vuille, M. (2016). Le respect dans les soins gynécologiques : Un enjeu de mobilisation féministe. *Chronique féministe*, 118, 5-7.