

La brutalisation du corps féminin dans la médecine moderne

Marc GIRARD

Consultant et expert près la Cour d'appel de
Versailles (Médicament et recherche biomédicale)

agosgirard(arobase)aol.com

Un univers inversé

Quand je pense à la médicalisation du corps féminin, je suis frappé par quelque chose de sinistre : tout cela s'est constitué comme un inquiétant univers inversé, comme une sorte de monde à l'envers effrayant où les impulsions les plus élémentaires et les moins contestables de notre nature sexuée sont comme *systématiquement* mises hors jeu, remplacées qu'elles se trouvent par des rituels caricaturalement antagonistes : facilement objectivable par le spécialiste de recherche clinique, c'est bien cette dimension de caricature, de *trop*, qui ne laisse pas de préoccuper et d'exhorter le freudien à l'interprétation.

Prenons le jeu pourtant élémentaire du regard et de la pudeur : l'homme – il est construit comme cela – cherche toujours à en voir plus que la femme n'est disposée à lui montrer, et la séduction est d'abord la conquête par le regard d'une intimité progressivement dévoilée. Même sans y avoir été invité par une jupe trop fendue ou un décolleté un peu profond, l'homme – certes à ses risques et périls – s'ingénie à reconstituer l'anatomie féminine fût-elle dissimulée par la plus grossière des étoffes. C'est comme cela, probablement un peu partout, sauf en terre médicale : la pudeur et la séduction n'ont plus aucune raison d'être dès qu'on franchit les limites d'un service de gynécologie. Aux consultations du Planning familial, la plus splendide des gamines¹ était requise de se déshabiller complètement dans une cabine, d'attendre la lumière verte et de se présenter entièrement nue, durant toute la consultation, devant un individu en blouse blanche généralement parfaitement inconnu et interchangeable d'une consultation sur l'autre. Il fallait donc en passer par là, par cette stupéfiante mise en scène du désir évacué, pour obtenir le sésame d'une sexualité « libérée ». Or, quelle justification *technique* pour ce rituel dégradant ? Aucune : l'intérêt de la consultation préalable avant prescription de pilule est tellement problématique que l'on a envisagé un temps de la supprimer et, en tout état de cause, les paramètres pertinents en matière de contre-indications relèvent plus de mesures chastes (prise de poids ou de pression artérielle) ou d'examens

¹ Je parle ici du désir évacué, ou plutôt de sa mise en scène ; mais il va de soi que le problème, et l'humiliation, sont encore pires pour celles des gamines qui ne sont pas splendides...

complémentaires (prise de sang) que d'évaluations fondées sur un attentat à la pudeur.

Autre exemple de pulsion élémentaire : la possessivité mâle. Chez les mammifères en général, et les hommes en particulier, l'adrénaline monte très vite quand un mâle voit un autre mâle s'approcher d'une femelle sur laquelle – à tort ou à raison – il estime disposer de certaines prérogatives. Ça a toujours été comme cela – ça sous-tend même une bonne part des théories de Darwin –, sauf à l'hôpital. Entrez dans une salle d'accouchement. Le mari est là (c'est un acquis paraît-il précieux de l'obstétrique moderne), on lui a même fait revêtir la tunique blanche des agresseurs. Sa femme est là, elle aussi, entièrement nue encore une fois et tout le monde l'agresse : on la force à rester allongée quand aucune femme n'aurait jamais spontanément l'idée incongrue de s'allonger pour accoucher, de toute façon on a pris soin de l'attacher dans l'improbable cas où elle voudrait bouger, on lui rase les poils de la vulve, on l'engueule si elle se plaint trop (accouchement « sans douleur » oblige) et on va finir par lui taillader la vulve. Et dans cette séquence d'une sauvagerie inouïe, que fait le mari ? Il se pâme d'émotion, se confond en remerciements à l'égard des brutes qui s'acharnent sur son épouse, sans apercevoir que de tels actes de barbarie sur une femme innocente justifieraient un meurtre dans n'importe quelle autre circonstance. Or, quelle justification *technique*, là encore ? Aucune : les rares investigations disponibles confirment l'idée de bon sens que l'accouchement en position accroupie est infiniment plus eutocique que l'accouchement en décubitus, et je reviendrai plus loin sur la monstrueuse absurdité de l'épisiotomie. De plus, et tout en attendant avec beaucoup d'impatience la ou les études qui démontreront l'intérêt du rasage vulvaire, réfléchissons de façon un peu rationnelle à cette obsession de l'asepsie en obstétrique. Juste avant la naissance, un nouveau-né se présente comme un être absolument vierge bactériologiquement, à ce titre extrêmement vulnérable à toute contamination microbienne ; dans cette situation exceptionnelle, la filière vaginale – quoique objectivement grouillante – n'est pas cette zone plus ou moins accréditée comme immonde par des décennies de médecine et de microbiologie, mais une voie de passage providentielle au travers de laquelle le corps du bébé va se voir massivement colonisé par ce qu'on peut concevoir de plus « ami » en matière d'interactions bactériennes – les germes de sa mère ; on peut admettre sans grand effort qu'en matière d'amitiés microbiennes bilatérales, les germes du père, ensuite, méritent une inscription de second rang – et que de toute façon, qu'elles soient maternelles ou paternelles, les inévitables potentialités pathogènes liées à toute cette circulation bactérienne ou mycosique seront contrôlées au mieux par tous les transferts immunologiques inhérents à l'allaitement naturel. Or, c'est précisément cette dynamique subtile d'écologie microbienne que le cérémonial obstétrical s'applique à réduire à néant, en contrariant – par des mesures censément « hygiéniques » dont l'intérêt n'a jamais été si peu que ce soit validé – les colonisations amies et en maximisant l'exposition du bébé à des germes d'origine hospitalière. Certes, il n'existe pas, à ma connaissance, d'étude épidémiologique démontrant que le risque d'infection néo-natale soit réduit par un accouchement non hospitalier², mais il semble clair que, dépourvu du moindre intérêt

² Le rasage vulvaire n'est lui-même que l'avatar d'une procédure bien plus brutale consistant à raser le pubis tout entier. Dans son livre *Medecine and culture* (The Guernesey Press Co Ltd, 1990, p. 31), Lynn Payer rappelle, références à l'appui, qu'une étude publiée dès 1922 (et confirmée par une autre

technique documenté, le cérémonial obstétrical classique maximise ce qui reste, pour une grossesse d'évolution normale (il y en a encore...), le risque numéro un de la période néo-natale : l'infection.

On voit, sur la base de ces deux exemples, qu'il s'agit bien de ritualisations perverses et non pas de procédures garanties par l'exigence hippocratique de chasteté dans la relation thérapeutique : il n'y a rien de chaste dans le fait de forcer une jeune femme, éventuellement vierge, à se présenter entièrement nue, surtout lorsqu'il est patent que cette humiliation ne correspond à aucune contrainte technique. A titre de contre-exemple évocateur, on citera le cérémonial de la cure freudienne dans lequel l'intimité dévoilée (mais progressivement !) n'est même pas incompatible avec la circulation du désir *via* transfert et contre-transfert, puisque ce désir est, lui, authentiquement contraint par une exigence de chasteté dont la justification *technique* va de soi.

Une inversion à sens unique

Cette propension de la médecine à mettre en œuvre, sans le moindre motif technique, des rituels d'inversion qui bafouent la dignité sexuelle de la femme est d'autant plus frappante que symétriquement, les médecins sont le plus souvent aux abonnés absents quand leurs savoirs les mettraient en position de réintégrer, ou de renforcer les individus dans leur intégrité sexuelle. Deux exemples là encore.

- ❖ Il existe, à l'heure actuelle et chez des milliers de jeunes femmes, une immense misère sexuelle dont on parle étonnamment peu, à savoir celle liée aux mycoses génitales récurrentes. Sur cette question, la *doxa* médicale me paraît là encore marquée par une préoccupante irrationalité. Je ne connais aucune étude sérieuse validant la thèse du « foyer digestif » (qui a été cependant la providence des marchands d'antimycosiques *per os*) et, elle non plus validée par aucune étude, la recommandation de traiter le partenaire défie la raison : par rapport à un désordre patent de l'écologie des germes commensaux, ça rime à quoi de prendre le risque que les levures avec lesquelles l'homme viendra *nécessairement* recontaminer sa partenaire aient éventuellement acquis des résistances aux anti-fongiques ?... En revanche, nous savons que la cause actuellement la mieux identifiée de déséquilibre écologique pour la flore vaginale est bel et bien la pilule, et l'expérience suggère que l'éradication de cette cause se traduit le plus souvent par des guérisons spectaculaires : mais même à notre époque de « libération » supposée, les jeunes femmes, apparemment, n'ont pas droit à une information claire quant aux inconvénients iatrogènes de la contraception orale sur leur équilibre sexuel³.
- ❖ L'autre exemple concerne cette misère encore plus pathétique des jeunes mères, innombrables elles aussi, qui ne parviennent pas à allaiter leur enfant faute de produire du lait en suffisance. Il suffit de feuilleter les manuels de

datée de 1965) documentait plus d'infections chez les femmes rasées que chez celles qui ne l'étaient pas, mais que cela n'a pas empêché la pratique de perdurer.

³ Comme le disaient récemment E. Grant et coll (Lancet 2003 ; 362 : 1241), c'est politiquement plus correct de dénoncer les ravages du tabac que ceux de la pilule...

périnatalogie pour apercevoir, de par la variété des remèdes proposés (la bière...), la fréquence et la régularité d'un problème dont on sait comme il peut être vécu par les intéressées avec angoisse, humiliation et désespoir. Or, alors que tout le monde sait que l'ocytocine est l'hormone-clé de la montée laiteuse, personne ne semble s'être avisé que l'orgasme en est le moyen de libération le plus sûr et le moins cher. Vous me direz, évidemment, à six tétées par jour, le pré-requis orgasmique risque de se révéler éprouvant : mais outre que cela reste à voir et que c'est une question de choix personnel, l'expérience suggère qu'il n'en faut pas autant pour rassurer la jeune femme et l'ancrer dans le sentiment de sa suffisance comme mère nourricière. En tout état de cause, c'est aussi un moyen plus facétieux et moins humiliant que le rituel de la salle d'accouchement pour associer le père à la cogestion du post-partum...

Cette agression ritualisée de la dignité physique et sexuelle de la femme n'est qu'une mise en actes d'un état d'esprit bien plus général et profond qui conduit à nier tant la perplexité de l'homme devant la féminité que son inépuisable fascination pour l'esthétique du corps féminin.

Une presque île insipide

Par opposition à la perplexité avouée de Freud pour le fameux « continent noir », on pourrait dire que dans l'axiologie médicale classique, la féminité c'est au mieux un village de plaisance – ou une presque île insipide. La médecine, en effet, n'est jamais en panne de réponse quand il s'agit de délimiter les territoires du féminin. Comme moi, sans doute, vous avez appris qu'en cas de dysgénésie gonadique à la naissance, il était plus facile d'envisager la reconstruction chirurgicale d'un femme que celle d'un homme : mais quoi de « féminin » dans la reconstruction finale ?...

En tout état de cause, dans les grimoires médicaux, l'équation du féminin est le plus souvent du premier degré – et sans inconnue. S'interroge-t-on – ce qu'on ne fait pas assez souvent – quant aux effets de la contraception orale sur la libido féminine que l'on se voit répondre que chez la femme, l'essentiel se passe dans la tête : c'est d'ailleurs vrai que quand on s'applique à obtenir par des moyens hormonaux symétriques le même type de contraception chez l'homme, les vomissements incoercibles ou les troubles de l'érection sont des stigmates plus voyants du pouvoir des glandes sur la sexualité humaine... Quoi qu'il en soit et nonobstant cette concession au symbolique finalement assez exceptionnelle en médecine, la femme de 50 ans et plus redevient une femelle purement estrogénodépendante quand il s'agit de justifier un traitement hormonal de substitution (d'ailleurs contre l'évidence cumulée des investigations cliniques ou épidémiologiques.) Tout dans la tête avant 50 ans, tout dans les ovaires après...

Chez les jeunes femmes de toute façon, cette primauté du symbolique, pour avantageuse qu'elle soit quand il convient de nier les effets iatrogènes d'une authentique castration chimique, s'efface absolument lorsqu'on en arrive à une autre équation du féminin où il semble cette fois aller de soi que les paramètres du psychisme doivent être mis hors jeu : je veux parler de la fécondité et des problèmes de l'infertilité. Pas de doute, à présent : tout est dans les glandes et c'est bien à la

substitution de leurs défaillances élémentaires que s'attachent – pour un coût financier exorbitant soit dit en passant – les innombrables procédures de procréation artificielle. Or, qu'est-ce les heureuses élues vont se voir offrir en échange de leurs coûts programmés dans l'horreur d'une médicalisation absolue, généralement étalée sur des années ? Outre des effets iatrogènes assez préoccupants, voire potentiellement fatals, des résultats d'efficacité problématiques dont on ne peut pas dire qu'ils aient fait l'objet de validations très rigoureuses ; une récente méta-analyse⁴ montre que, sur les essais cliniques publiés – c'est-à-dire au top de la pratique en la matière – moins de 10% des études expriment leurs résultats en termes de naissance viable, paramètre d'évaluation dont on aurait pu penser, pourtant, qu'il s'impose comme le seul pertinent. De recoupement en recoupement sur ces données tronquées, on en arrive à reconstituer un taux de réussite d'environ 25% des cas, ce qui doit correspondre au pourcentage notoirement reconnu depuis l'antiquité au moins pour une naissance spontanée dans une population de femmes réputées plus ou moins « stériles »... Je n'ai pas su si je devais rire ou pleurer quand une femme tombée enceinte environ six mois après que je l'avais arrachée à des années de médicalisation forcenée pour « stérilité » m'a confiée sa lassitude d'être encore obligée de prendre la pilule plus de 10 ans après, et sa colère de s'être récemment fait jeter par sa gynécologue qui a jugé, dans un accès inhabituel de modération, qu'on devrait attendre encore avant d'envisager une ligature des trompes à 48 ans⁵...

Un martyrologe constamment renouvelé

Tout cela serait plaisant si ce n'était tragique. Car cette conception simplissime de la féminité sous-tend, par son arrogance et le manque de scrupules résultant, une véritable martyrologie des femmes : la médecine moderne n'a jamais eu peur de faire souffrir le corps féminin, voire de le mutiler, ou de le tuer.

Nous savons, parce que cela a été démontré, que voici encore relativement peu à l'échelle de l'histoire moderne, la mortalité iatrogène des accouchées était sans commune mesure avec celle des femmes échappant à tout contrôle médical.⁶ Mais mon propos ne concerne pas que le passé : pour stupéfiante qu'elle soit, la durabilité du mépris ou de la haine pour la vulve féminine est attestée aujourd'hui encore par l'incroyable persistance d'une pratique que, lors d'un récent débat dans les colonnes du *Lancet*, nous sommes quelques-uns à avoir qualifiée de « barbare »⁷ – je veux parler de l'épisiotomie. Interrogez n'importe quel obstétricien, n'importe quelle sage-femme, on vous répondra que la chose n'est jamais opérée qu'avec le plus grand discernement et que, de toute façon, la procédure est remarquablement bénigne et indolore. Interrogez les chiffres, à présent, et vous verrez que ledit discernement

⁴ Vail A, Gardener E. Common statistical errors in the design and analysis of subfertility trials. *Hum Reprod* 2003 ; 18 : 1000-1004

⁵ Une étude de la CNAM présentée le 25/06/04 sur le site du *Quotidien du médecin* (33docpro.com) atteste que chez les *deux tiers* des femmes traitées par un inducteur de l'ovulation comme le clomiphène, le spermogramme du partenaire n'a même pas été réalisé : il est difficile de caractériser plus nettement l'incroyable manque de rigueur qui préside aux traitements de l'infertilité présumée.

⁶ Olatunbosun OA, Edouard L, Pierson RA. Physicians' attitudes toward evidence base obstetric practice: a questionnaire survey. *BMJ* 1998; 316: 36566.

Pini P. Doctors should have left well alone. *Lancet* 1996; 347: 1174

⁷ Girard M. Episiotomy : a form of genital mutilation. *Lancet* 1999 ; 354 : 595-596

conduit à taillader environ 95% des accouchées, tout portant à croire que celles qui en réchappent ont eu le bon goût d'accoucher assez vite pour qu'on n'ait pas le temps de sortir les ciseaux. Interrogez la méthodologie de la recherche pharmaceutique : vous verrez que cette procédure réputée si indolore est l'un des modèles le mieux établis pour les essais cliniques sur les antalgiques. Interrogez l'évidence cumulée de dizaines d'essais sur l'efficacité d'une procédure aussi incroyablement brutale : vous apprendrez qu'en moyenne, les déchirures périnéales *après* épisiotomie sont plus graves et plus délabrantes que celles qui surviennent spontanément. Interrogez, enfin, les femmes dans leur intimité : vous verrez que le nombre de celles qui n'osent se plaindre de séquelles durables, notamment dans leur vie sexuelle, n'est pas négligeable⁸.

Les exemples pourraient être multipliés. Car, même si la médecine n'a jamais pu envisager l'équation du féminin sous forme autre qu'élémentaire, elle est néanmoins passée maître dans les techniques de simplification : il est considéré comme acquis en effet que tout ce qui pose problème dans l'anatomo-physiologie du corps féminin peut être éliminé sans autre forme de procès. Il en va ainsi, on l'a vu, de la subtile machinerie encore mal comprise du cycle hormonal, même si le prix à payer – outre une qualité de vie problématique – va des effets cutanés plus ou moins graves ou voyants aux cancers du sein en passant par les accidents cardio-vasculaires : une récente étude a estimé à quelque 430 par ans le nombre de jeunes Américaines redevables à leur contraception orale d'une hémorragie sous-arachnoïdienne,⁹ chiffre considérable¹⁰ eu égard au fait que ces hémorragies méningées ne sont quand même pas la complication la plus fréquente ni la mieux documentée de la pilule. En tout état de cause, qu'il s'agisse du col ou du corps utérin, des ovaires, des trompes, des seins, de la thyroïde, des plaques de cellulite ou, bien entendu, des poils vulvaires, il n'est pas une partie du corps féminin qui soit réputée irremplaçable. Que dire des tonnes de seins qui sont partis à la poubelle sur la base d'une mammographie mal lue dans un contexte, de toute façon, où nous sommes toujours dans l'attente d'une démonstration convaincante de l'intérêt de cette procédure radiographique douloureuse et incertaine que l'on s'acharne néanmoins à accréditer comme providentielle dans une idéologie du « prophylactiquement correct »¹¹ ? Que dire encore de ce prophylactiquement correct qui a conduit, depuis des dizaines d'années, des millions de femmes ménopausées à ingurgiter, sur des arguments de pure complaisance, des estrogènes de substitution quand il apparaît des premiers essais cliniques enfin mis en place que les effets effectivement observés en pratique sont

⁸ Une récente revue (Hartmann et coll, JAMA 2005; 293: 2141-8) confirme, l'absence de bénéfice de l'épisiotomie ainsi que ses inconvénients, notamment en termes de douleurs résiduelles.

⁹ Johnston SC, Colford JM, Gress DR. Oral contraceptives and the risk of subarachnoid hemorrhage. A meta-analysis. Neurology 1998 ; 51 : 411-418

¹⁰ Très supérieur, par exemple, aux pertes militaires considérées comme « acceptables » dans une guerre comme celle menée par les Etats-Unis en Irak...

¹¹ Dans une mise au point très récente (Gynécologie Pratique, mai 2004 : 1-4) sur la technique du ganglion sentinelle dans le cancer du sein, D. Zarka s'étonne de l'ignorance dans laquelle restent nombre de chirurgiens quant à cette procédure nettement moins délabrante que le curage axillaire classique et rapport cette ignorance à la « susceptibilité » des médecins et à leur refus de se former. Il conclut en exhortant les chirurgiens « dont la pratique est insuffisante » à cesser de « (mal)traiter leurs patientes ». Propos d'un spécialiste de terrain...

strictement antagonistes avec ceux qui ont sous-tendu la promotion de ces traitements¹².

Réponse à tout

Ce qui ressort de ce bref inventaire, c'est aussi que la brutalisation, voire le martyre du corps féminin ne peuvent être imputés aux excès d'une technicisation déséxuante qui s'appliquerait identiquement à l'homme : pour envisager une orchidectomie même chez un homme très âgé, on y regarde de plus près que pour « la totale » chez une femme passée la quarantaine alors même que se posent, chez la seconde, des problèmes de statique pelvienne qui n'ont aucun équivalent chez le premier. Que la médecine occidentale soit brutale, excessivement brutale ne fait pas l'ombre d'un doute. Mais mon propos de ce jour ne vise pas cette brutalité séculaire : il pointe *un* excès de brutalité qui touche *spécifiquement* la femme.

Dans la pratique médicale, le corps féminin fait l'objet d'un excès d'attention, car c'est bien dans *tous* les domaines de la féminité et à chaque étape de la vie que la médecine s'interpose – et qu'elle a réponse à tout. Depuis au moins la pré-adolescence jusqu'à la post-ménopause, les femmes sont l'objet d'une surveillance toute spécifique, et les remèdes qu'on leur propose font frémir le spécialiste de iatrogénie : les hormones de croissance à la moindre alerte sur la puberté (qu'elle soit présumée précoce ou tardive), les progestatifs aux premiers troubles des règles, la pilule le plus tôt possible à titre de précaution tous azimuts – par exemple pour accompagner une prescription d'anti-acnéique ! –, les FIV aux premiers symptômes d'une subfertilité initialement supposée mais durablement consolidée ensuite par une médicalisation délirante, les échographies multipliées dès le premiers jour de grossesse, l'épisiotomie assurée pour l'accouchement et les césariennes à tire-larigot pour un oui pour un non, le stérilet ensuite, puis les hormones de substitution dont quelques malins commençaient même à nous expliquer l'intérêt dès la quarantaine *via* la subtile innovation nosographique de la « pré-ménopause », etc. Quoi de comparable chez l'homme ?

Mais cet excès d'attention qui a réponse à tout à chaque étape de la vie – c'est une attention de réduction, de dénégation et plus encore, **de dégradation** : les poils intimes ne sont plus qu'une broussaille nauséabonde source de toutes les contaminations potentielles, la vulve n'est qu'un étranglement inopportun, l'utérus une source évitable d'emmerdements,¹³ les ovaires des glandes facilement substituables, les seins des morceaux de barbaque sans intérêt vital. Dans l'idéal du corps ainsi rectifié par la médecine, qu'est-ce qui reste de féminin¹⁴ ? J'ai introduit mon propos en évoquant un monde inversé...

¹² Ce qui conduit, à l'automne 2003, les autorités allemande à considérer l'estrogénothérapie de substitution comme une « tragédie nationale et internationale », qu'elles n'hésitent pas à comparer à celle de la thalidomide (Br Med J 2003 ; 327 : 767)...

¹³ Aux Pays-Bas, 32% des femmes subiront une hystérectomie au cours de leur vie (cité par Roovers JP et coll, Br Med J 2003 ; 327 : 774-777)

¹⁴ Dans le même numéro de *Gynécologie Pratique* que celui accréditant que nombre d'interventions sur cancer du sein tiennent plus de la maltraitance que de la chirurgie (cf. note 11), deux autres auteurs (Sadoul G, Beuret T, p. 1, 5-6) affirment sans rougir que « la fréquence du col normal oscille

Récupération

Il arrive néanmoins que l'évidence – au sens des anglo-saxons – finisse par faire entendre sa voix dans un tel délire. C'est ce qui s'est passé, par exemple, pour l'allaitement maternel, dont plus personne ne conteste sérieusement les vertus. Mais après l'énorme essai d'y substituer un allaitement artificiel dans les années 50, la médecine n'a fait aucun effort sérieux d'autocritique – ni pour identifier rétrospectivement les sirènes qui avaient pu conduire une profession entière à engager les mères sur la voie d'un artifice aussi dommageable, ni pour évaluer sérieusement les conséquences sanitaires de l'allaitement artificiel sur toute une génération : aujourd'hui, l'allaitement « maternel » – ne dites jamais : « naturel » – et bel et bien conçu comme une victoire de la médecine moderne – une victoire sur des pratiques anciennes dont on a oublié le déterminisme exact mais où il est tenu comme allant de soi que l'obscurantisme féminin a dû finalement s'effacer devant la rationalité médicale.

Il en va de même avec les mammectomies, heureusement en voie de régression. Loin d'esquisser un mouvement de repentance et de reconnaître qu'en matière de cancer du sein, la médecine a fait plus ou moins n'importe quoi, les gynécologues, la main dans la main avec les radiologues et les cancérologues, tendent à accréditer comme un miracle de la médecine moderne qu'on trouve encore des femmes de la quarantaine avec des nichons intacts ! Mais à une condition, évidemment : qu'elles fassent allégeance à une médicalisation qui leur impose le rituel pénible et techniquement non validé de la mammographie, pour ne point parler, chez certaines, du tamoxifène qui, outre une prise de poids conséquente, les bouffées de chaleur et des métrorragies incontrôlables, remplace le risque – minime – d'un cancer controlatéral par celui d'un accident vasculaire cérébral... Bah ! c'est quoi la tête, chez une femme ?...

Ainsi, lorsque le féminin revient au galop après que les médecins ont cherché à l'éliminer, ce n'est pas pour repérer les limites de la brutalisation, mais au contraire pour accréditer une récupération et célébrer le triomphe de la médicalisation.

L'immonde féminin

Soit donc le livre légèrement daté d'un éminent académicien qui s'intitule : *Hygiène et maladies de la femme*. On n'aurait aucune peine à documenter, sur d'innombrables écrits équivalents, cette obsession de la médecine à l'égard de l'hygiène féminine. Mais ça viendrait à l'esprit de qui d'écrire un livre : *Hygiène et maladies de l'homme* ?...

selon les critères entre 2 et 15% ». Statistiquement, la « norme » étant en principe la zone où se retrouvent 95% des sujets, on ne saurait admettre plus effrontément que la médecine s'autorise sans complexe à rectifier la féminité, puisque que 85 à 98% des femmes actuelles auraient ainsi un col utérin... anormal ! Cela n'est pas un lapsus : dans la même revue, un autre auteur (D. Benmoura. *Gynécologie pratique*, sept 2004 ; n° 167 : 7) n'hésite pas à affirmer, avec la même inconscience statistique : « le col parfait est rare ». On saurait dire plus explicitement qu'en matière de féminin, la « perfection » est rare : mais qui la définit ?

Il faut donc comprendre que *c'est parce qu'elles* sont potentiellement dégoûtantes que les femmes ont besoin d'une telle attention médicale : la médecine comme barrière à l'immonde féminin...

Nous touchons-là un des thèmes de recherche sur lequel je souhaitais attirer votre attention. A n'en pas douter, l'antagonisme homme/femme est antérieur à la naissance de la médecine moderne : **mais il revient à cette médecine d'avoir déplacé les racines de l'antagonisme d'une angoisse fondamentale – la peur viscérale de l'homme à l'égard des puissances supposées du féminin – à un simple dégoût rationalisé sur la base d'un supposé savoir quant à la physiopathologie des femmes.**

Face à ce corps bâti en reliefs et en creux comme pour la prise et l'emprise, l'homme, probablement depuis la nuit des temps, se trouve cisailé par une double angoisse : rater l'abordage, certes, mais également laisser inassouvi ce creux par essence inépuisable. Car lorsque l'homme ne peut plus, la femme peut encore – il lui suffit de vouloir... C'est bien cette angoisse fondamentale – au cœur du Sacré – qui se trouve désamorcée par les pseudo-savoirs de la médecine : l'homme **a raison** non d'avoir peur, mais de se méfier, car on ne sait jamais quelles saletés on va trouver au fond de ce trou-là, et il n'y a rien d'inépuisable, d'autre part, dans ce corps féminin qu'il est tellement facile de pénétrer par spéculum interposé ou de démonter par morceaux...

Déculturnation

J'en viens à la deuxième hypothèse que je voulais évoquer devant vous, qui touche à l'origine historique de ce déplacement.

Historiquement, il est possible de corréliser cette « prise en main » du corps féminin avec les premiers essais de médicalisation de l'accouchement, lorsque les chirurgiens commencent à s'immiscer. C'est l'époque qui introduit à l'idée de sages-femmes accréditées par l'autorité conjointe du Roi et du curé local.¹⁵ C'est aussi l'époque où l'on voit paraître, sous la plume des chirurgiens en question, les premières dénonciations – particulièrement sévères – des sages-femmes « sauvages »,¹⁶ celles de la société traditionnelle, celles des contes de fées...

Or, il est frappant que cette médicalisation s'inscrit dans le sillage d'un intense mouvement de reprise en main des masses populaires : à l'échelle de l'histoire, le

¹⁵ Il n'est pas très facile de dater avec précision cette « médicalisation » de l'accouchement traditionnel. F. Lebrun (*La vie conjugale sous l'Ancien Régime*, Paris, A. Colin, 1975, p. 112) cite un édit de 1692 visant au renforcement de la formation des sages-femmes ; F. Gelis et coll. (*Entrer dans la vie*, Paris, Gallimard, 1978, p. 78) situent ce mouvement de reprise en main « à partir de la seconde moitié du 17^e siècle. »

¹⁶ Quoiqu'il en soit quant aux premières velléités de contrôle, la mise en place d'une obstétrique « académique » en dépit des résistances est un processus de longue haleine : on retrouve l'écho très typé du souci médical quant à l'accréditation des sages-femmes jusque sous la plume de G. Flaubert, fils et frère de médecins, dans *l'Education sentimentale*. De même que pour celui visant la contraception aux mineures (cf. plus bas), on peut s'interroger aussi sur les racines culturelles du débat presque contemporain sur le « droit à l'avortement » fondé sur une critique sévère des « faiseuses d'anges » héritières des matrones d'autrefois.

moment où le pouvoir central s'interroge sur l'intérêt d'accréditer les sages-femmes apparaît bien proche de celui où, avec l'objectif avoué d'une ré-évangélisation, il envoie dans les campagnes les nouveaux prêtres trempés dans l'esprit du Concile de Trente.

Le formidable ébranlement de la Contre-Réforme, c'est le moment de l'Ancien Régime où, sous la poussée des revendications protestantes, toutes les autorités en place sentent un séisme qui menace leur pouvoir et leurs privilèges ;¹⁷ le moment où les « élites » conscientisent qu'il s'en faut de beaucoup que leurs valeurs aient profondément conquis le cœur et l'esprit du peuple ; le moment où il n'est plus possible d'ignorer que par delà le vernis d'une conversion inconsidérément tenue pour acquise, les masses restent viscéralement ancrées dans les valeurs et pratiques d'une culture bien plus ancienne. Il est significatif que l'entreprise de déculturation forcenée qui s'ensuit se développe alors selon deux axes principaux : d'une part, l'évangélisation des esprits selon les canons fermement ré-affirmés du récent Concile, d'autre part la prise en charge du corps féminin *via* une médicalisation de l'accouchement, c'est-à-dire de cet instant précis où s'actualise le plus spectaculairement les racines du pouvoir féminin dans la société traditionnelle – son aptitude à exister tout à la fois en creux et en protubérance, sa *bisexualité* en un mot.

Dans cette perspective, la contribution de la médecine moderne à l'entreprise de déculturation née de la Contre-Réforme apparaît plus clairement. **Car ce qui distingue le plus la société traditionnelle de la société contemporaine, c'est justement la place bien plus spécifique des femmes¹⁸ – détentrices comme par hasard des pouvoirs et savoirs qui sont aujourd'hui le monopole de notre profession : ceux qui portent sur le sexe, la procréation et l'accouchement.** Et si l'on admet que la déculturation post-tridentine passait par la confiscation de ces savoirs et pouvoirs féminins, il en résulte que la médicalisation a été un ressort essentiel de cette entreprise : la Contre-Réforme, c'est aussi la grande vague des procès de sorcières – dont on sait aujourd'hui qu'ils ont été pour leur majorité des procès de *sorcières*, visant précisément souvent ces femmes isolées ou recluses auxquelles la société traditionnelle se référait dans les grandes moments de l'accouchement, du mariage, de la procréation et de la maladie. Ce n'est donc guère forcer le trait de constater que, en exterminant nos concurrentes, les bûchers de l'Inquisition ont puissamment contribué à l'installation – au moins idéologique – du monopole médical contemporain et que, symétriquement, ni les médecins ni les sages-femmes assermentées n'ont jamais refusé le secours de leur science lorsqu'il s'est agi, à la demande des inquisiteurs, de documenter les spécificités anatomo-physiologiques « objectivant » l'emprise du Malin sur le corps maudit des sorcières.

¹⁷ Pour JM Constant, qui souligne par ailleurs l'influence des femmes dans la revendication protestante (p. 146), « le protestantisme n'a pas été seulement, au XVIe siècle, un séisme religieux, mais une véritable révolution culturelle et politique » (*Les Français pendant les guerres de religion*, Paris, Hachette, 2002, p. 144.)

¹⁸ Dans A. Jouanna et coll. *Histoire et Dictionnaire des guerres de religion*, Paris, R. Laffont, 1998, p. 911-3, J. Boucher estime que « le XVIe siècle fut antiféministe », qu'il réforma « certaines coutumes [qui] se montraient relativement favorables à un statut égalitaire » et que « la femme avait probablement le plus de liberté » dans les milieux « populaires » que dans les milieux « moyens » (abstraction faite du statut fort spécial des femmes chez les aristocrates de la haute société). L'auteur distingue en cette époque « une certaine crainte : celle de l'indépendance féminine risquant d'ébranler les bases de la société ».

Est-il anodin que la fin de la chasse aux sorcières soit à peu près contemporaine des premiers édits visant à une formation plus académique des sages-femmes : il n'y a plus besoin de les brûler quand on s'est assuré le contrôle de leurs savoirs et pouvoirs.

Reconnaître que la médecine – la nôtre – ait pu être l'outil d'une déculturation d'essence religieuse conduit symétriquement à s'interroger sur les valeurs *cléricales* susceptibles d'imprégner notre idéologie dissimulée sous le vernis de la « Science ». On peut se demander, justement, ce que la brutalisation du corps féminin et, notamment, l'horreur compulsive de la médecine pour le vagin, doivent à la misogynie – et même à l'homosexualité plus ou moins latente – des clercs qui ont envoyé nos ancêtres chirurgiens co-évangéliser les masses paysannes...

En tout état de cause, cette élimination des femmes de leurs positions traditionnelles ne relève pas seulement exclusivement de l'histoire, fût-elle moderne : c'est un enjeu toujours contemporain. Le débat sur la prescription de la pilule aux mineures dissimulait qu'il restait des âges de la vie féminine où, traditionnellement, les médecins passaient encore après les mères. Que reste-t-il aujourd'hui pour préserver les jeunes filles d'une médecine qui s'est constituée dans l'horreur de leur corps ?¹⁹

Conclusion

Méditer, cependant, sur la misogynie compulsive où s'enracine la médecine moderne, c'est aussi introduire à une interrogation sur le *sadisme* – au sens freudien – de notre savoir et de nos pratiques. Vaste question...

¹⁹ Cf. aussi note 16.

Publications de l'auteur

- M. Girard. Conscience des pharmaciens : l'heure de la rétrocession ? Le Moniteur des Pharmacies 2004 ; n° 2548 : 43
- M. Girard. Pas de pause pour la ménopause. Le Moniteur des Pharmacies 2004 ; n° 2523 ; 35
- M. Girard. Analyses statistiques : hypothèses ou preuves ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33 : 3S27-3S28
- M. Girard. L'HTS en mauvaise posture. Le Moniteur des Pharmacies 2002 ; n° 2456 : 51
- M. Girard. Meta-analysis on recombinant versus urinary follicle stimulating hormone. Human Reproduction 2000; 15: 1650-1651
- M. Girard. Episiotomy and faecal incontinence. Lancet 1999 ; 354 : 2169.
- M. Girard. Episiotomy : a form of genital mutilation. Lancet 1999 ; 354 : 595-596.
- M Girard. A propos de « Américaines, Françaises, cherchez la différence ! » La Lettre du Gynécologue 1998; n° 234: 6.
- M Girard. Contraceptions orales et sein. In : *Sénologie hormonale à l'usage du praticien*, J.Y. Pons (éd), Zeneca Pharma, Cergy, 1998; 73-79.
- M Girard. Natural family planning. Lancet 1995;346:774.
- M Girard. Thromboembolism and the combined oral contraceptive. Lancet 1995;346:317.
- M Girard. Retinoids and contraception. Dermatol 1995;190:90.
- M Girard. Voie orale et voie trans- ou percutanée : le point de vue du pharmaco-épidémiologiste. Reproduction Humaine et Hormones, 1995;8:515-526.
- M Girard. Durée de la séquence progestative dans l'hormonothérapie substitutive (HTS) : l'évidence épidémiologique. Gynécologie Internationale 1994;3:25-27.
- M Girard. Evaluation des risques cutanés de la pilule. Ann Dermatol Vénérol 1990;117:436-440.
- M Girard. Pilule et cancer : la poursuite du débat. La Recherche 1989;20:802-803.
- M Girard. Les effets indésirables de la pilule. La Recherche 1988;201:984-990.