

Pouvoir masculin sur corps féminin : la critique féministe du pouvoir médical en Suisse romande (1970-1987)

Autor(en): **Burngard, Sylvie**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizerische Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte
= Société Suisse d'Histoire Economique et Sociale**

Band (Jahr): **24 (2010)**

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-871853>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Sylvie Burgnard

Pouvoir masculin sur corps féminin

La critique féministe du pouvoir médical en Suisse romande (1970–1987)¹

A partir de la fin des années 1960, le processus de médicalisation à l'œuvre dans les sociétés occidentales depuis le XIX^e siècle se trouve soumis à de virulentes critiques. Les attaques proviennent principalement de deux fronts: de la vague contestataire de 68 d'un côté, qui remet en question la science médicale et les rapports d'autorité et de pouvoir qu'elle favorise, et du champ intellectuel de l'autre, où les travaux de Michel Foucault² et Ivan Illich³ dénoncent les dérives de la médicalisation et alimentent les revendications pour une autre médecine. La question de ce que l'on appelle aujourd'hui la santé reproductive des femmes se trouve d'emblée au cœur de la critique. Depuis la fin du XIX^e siècle se déploie en Europe un processus sans précédent de médicalisation des étapes de la procréation au sein duquel chaque dimension de la vie reproductive des femmes – grossesse, accouchement, contraception, avortement – est progressivement normalisée et placée sous la tutelle du pouvoir médical.⁴ Si cette médicalisation constitue un progrès à certains égards – notamment par sa fréquente association à la chute drastique de la mortalité maternelle et infantile au cours du siècle⁵ –, elle engendre également des effets pervers, en termes de liberté et d'autonomie des femmes. Les mouvements féministes de la deuxième vague, qui émergent dans le foisonnement contestataire des «années 68»,⁶ vont empoigner cette problématique et s'attaquer au monopole de la médecine sur la santé et le corps des femmes.

Le MLF à Genève, une contestation originale et acerbe⁷

A Genève, la critique féministe du pouvoir médical est essentiellement portée par le Mouvement de libération des femmes (MLF) qui naît en 1971. Ses militantes, très actives dans les mouvements de 68, se démarquent alors de leurs camarades de lutte masculins. Elles dénoncent les modes de fonctionnement patriarcaux des groupes contestataires de la Nouvelle Gauche qui maintiennent les femmes dans des rôles



Bon Sang! Bulletin contre-
information santé des femmes,
décembre 1984.

subalternes et peu valorisés. Elles regrettent le peu d'intérêt accordé aux questions qui, elles, les préoccupent tout particulièrement: la sphère privée, la vie familiale, le corps ou encore la sexualité. Le slogan «le personnel est politique» reflète leur volonté de placer au centre de leurs réflexions et de leur lutte des aspects de la vie considérés par leurs pairs masculins comme annexes, voire anecdotiques. Tout en conservant et développant la critique anticapitaliste et antiautoritaire qui caractérise les mouvements de 68, elles dénoncent l'oppression patriarcale qui assigne les femmes à la sphère privée et au travail domestique. Partant de l'analyse de leur expérience propre, elles mettent au jour les mécanismes de domination qui s'exercent au quotidien. Le corps et la question de la libération sexuelle tiennent une place toute particulière dans ces réflexions. Si les militantes féministes refusent la libéralisation des mœurs telle que mise en œuvre par les mouvements de la Nouvelle Gauche, car elle revient à imposer aux femmes une disponibilité sexuelle permanente au service des hommes, elles se battent cependant pour un bouleversement radical des normes et pratiques sexuelles. La réappropriation du corps et de la sexualité représente un des piliers centraux de leur lutte.

Emblème de la révolte des femmes s'il en est, l'avortement matérialise le problème de l'autodétermination des femmes quant à leur corps: «[...] la question de l'avortement est fondamentale pour le MLF parce qu'elle cristallise tous les aspects de l'oppression des femmes: leur soumission économique et sociale (assignation au rôle de reproductrice), le contrôle et l'instrumentalisation de leur corps par l'Etat, par l'Eglise et par leur mari, leur sujétion à la morale conjugale et à la famille autoritaire, etc.»⁸

Détail d'une affiche du MLF, campagne pour le droit à l'avortement.



Prenant position pour l'avortement libre et gratuit et pour des maternités désirées, les féministes fustigent tous ceux qui dénie aux femmes le droit de décider pour elles-mêmes. Parmi eux, les médecins occupent une place de choix puisqu'ils détiennent le pouvoir d'accepter ou de refuser l'interruption de grossesse. La lutte pour l'avortement ouvre ainsi la voie vers la critique du pouvoir médical qui va connaître, au sein du MLF genevois, un développement important.

La critique du pouvoir médical par le MLF

La pénalisation de l'avortement n'est pas la seule cible des critiques féministes. Dès 1972 à Genève, des groupes de travail du MLF s'interrogent sur la place et le rôle de la science médicale dans la vie des femmes. Leur attention se porte sur trois dimensions essentielles de la reproduction, que le champ scientifique a fortement investies au cours du XX^e siècle : l'avortement bien sûr, mais aussi la maternité et la contraception. La première manifestation publique de leur contestation a lieu à la Maternité de Genève en juin 1972. Un groupe de femmes hospitalisées se révolte alors contre les mauvaises conditions de soins et de traitement et se fait entendre au travers d'une pétition. Leurs principaux griefs, diffusés quelques mois plus tard dans une brochure, concernent la vétusté des équipements et le manque de personnel (médecins et infirmières), carences dont témoignent plusieurs patientes. Ces dernières critiquent en outre la ségrégation des femmes hospitalisées en différentes classes

fondées sur le revenu: «On ne nous fera plus croire que la médecine des privilèges n'existe pas et si les conditions d'hygiène et de soins en 3^e classe sont aussi mauvaises, c'est que la Direction n'engage qu'un minimum de personnel qui est ainsi surchargé de travail.»⁹

Cinq ans plus tard, elles publient une nouvelle brochure intitulée «Accoucher à la Maternité: ce que nous refusons, ce que nous voulons». La critique, plus fournie et détaillée, aborde l'ensemble des étapes de la maternité: grossesse, accouchement et post-partum. Tout d'abord, la préparation à l'accouchement, limitée à sept cours dispensés à partir du septième mois de grossesse seulement, est jugée insuffisante. Les femmes arrivent à l'accouchement sans savoir ce qui les attend, quelles complications peuvent survenir, quels médicaments vont leur être administrés, etc. Selon ce texte, l'accouchement lui-même est orchestré pour satisfaire en premier lieu les nécessités de la pratique médicale et non pour assurer le bien-être de la parturiente, dont le rythme et les préférences personnels sont rarement pris en compte. Les auteures dénoncent vivement le projet de séparer la salle de travail, destinée à la phase de dilatation du col de l'utérus, et la salle d'accouchement, transformée en véritable bloc opératoire, qui renforce encore l'assimilation de l'accouchement à un acte médicalisé, presque chirurgical. Leur dernière critique s'adresse au règlement de la Maternité perçu comme trop strict, et notamment aux horaires peu flexibles, qui entrave la création d'un lien satisfaisant entre parents et nouveau-né.

La tonalité générale est que l'accouchement en milieu hospitalier, prôné par les gynécologues comme la panacée, se révèle en réalité parfois plus traumatisant que rassurant. L'appareil médical transforme les parturientes en malades à soigner, les dépossédant d'un événement normal qui fait pourtant partie intégrante de leur vie. Sans nier l'utilité de la technique dans certains cas, les militantes refusent de se laisser dominer par elle: «Nous voulons la *démédicalisation* de la naissance, non pas comme rejet de la technique et «retour à la nature», mais comme remise de la technique à *sa place*. Nous voulons que tout soit conçu en fonction du *respect maximum des femmes* qui viennent accoucher, de leur fonctionnement physique et mental, émotionnel propre, de leur préparation particulière et en fonction du *respect de l'enfant* qui arrive: qu'il subisse le moins de violence, de rupture possibles. Nous voulons que la technique, les médecins, la chimie, les appareils soient à notre disposition pour nous assurer la plus grande sécurité, mais nous refusons de nous laisser dominer par une organisation de la naissance faite uniquement en fonction de cette technologie et sur laquelle nous perdons tout contrôle.»¹⁰

Dans le cadre de la lutte pour le droit à l'avortement, les féministes s'attaquent à la fois au primat de la technique médicale sur le bien-être des femmes et au paternalisme moralisateur des gynécologues. Prenant exemple sur des organismes, comme le MLAC (Mouvement de libération de l'avortement et la contraception) en France, qui pratiquent les avortements à l'aide de la méthode de l'aspiration, moins pénible

pour les femmes, moins lourde médicalement et moins risquée, elles exigent qu'à Genève «les avortements soient aussi faits de manière différente».¹¹ Elles contestent la pratique médicale qui impose aux femmes d'avorter sous anesthésie générale et obtiennent gain de cause en octobre 1974 lorsque le professeur de Watteville réalise pour la première fois à la Maternité, et en présence de nombreux·ses étudiant·e·s, un avortement sous anesthésie locale. Le combat pour l'avortement est également l'occasion de dénoncer une fois de plus la médecine de classe. Les féministes fustigent les gynécologues qui profitent de leur position pour pratiquer des tarifs élevés sur les avortements et les accusent d'employer des méthodes inutilement lourdes, sous couvert de justifications scientifiques, à la seule fin d'augmenter la facture.

Constatant que les femmes désirant avorter se trouvent souvent désarçonnées face aux démarches à entreprendre, notamment lors du choix du gynécologue et de l'obtention de l'avis conforme obligatoire, elles rédigent une marche à suivre et mettent sur pied un «fichier des gynécologues» qui recommande ou déconseille les praticien·ne·s sur le canton de Genève en fonction de divers critères: délai d'attente, coût, attitude lors de la consultation, etc.¹² Afin de remédier à la situation inégalitaire et souvent intimidante de la visite chez le gynécologue, un système d'accompagnement est mis sur pied: «En accompagnant les femmes chez les médecins, nous insistions sur nos exigences: attitude non moralisatrice, culpabilisatrice ou paternaliste, diminution des prix et libre choix des méthodes [...]»¹³ Cette pratique connaît un certain succès et les militantes constatent que le comportement des médecins est plus satisfaisant lorsqu'elles sont présentes.

Le conflit entre féministes et gynécologues connaît un épisode virulent à la fin de l'année 1976, à la suite de la nomination du professeur Herrmann à la tête de la Maternité. Après son entrée en fonction, les interruptions de grossesse au-delà de douze semaines ne sont plus pratiquées, et ce même lorsque les femmes bénéficient de l'avis conforme légalement nécessaire. Cette décision unilatérale, anticipant sur une initiative n'ayant pas encore été soumise au peuple et à laquelle le MLF n'adhère pas sans critique,¹⁴ révolte les militantes qui rédigent une lettre ouverte au professeur Herrmann et au personnel de la Maternité. Datée du 17 décembre 1976, cette missive exige «la reprise immédiate des avortements au-delà de douze semaines; un service ambulatoire (sans hospitalisation) pour l'avortement et la contraception avec du personnel formé pour pratiquer des avortements par aspiration avec une anesthésie locale si la femme le désire; pour les transformations de la Maternité, la constitution d'une commission comprenant des sages-femmes, des infirmières, des femmes».¹⁵ Mais ce courrier reste lettre morte et l'interpellation de l'Association des médecins progressistes, qui demande aux autorités de se positionner face à la décision arbitraire et outrepassant la loi du professeur Herrmann, n'est pas suivie d'effets. En mars 1977 a lieu une manifestation à la Maternité et un groupe de femmes investit le colloque matinal des gynécologues. Les inscriptions au spray réalisées à cette occasion illus-



Sprayage lors de la manifestation du 26 mars 1977



trent bien la virulence du conflit qui oppose les militantes féministes au professeur et aux gynécologues conservateurs plus généralement. Leur opiniâtreté ne permettra néanmoins pas de revenir à l'ancienne pratique en matière d'avortement.

La réflexion féministe autour de la contraception constitue une autre facette de la critique du pouvoir médical. Deux discours parallèles se développent à cet égard, l'un exigeant le libre accès de toutes les femmes à la contraception,¹⁶ l'autre questionnant le manque de connaissances et d'information disponibles sur les possibles effets secondaires des contraceptifs hormonaux. Au-delà de la médecine clinique, c'est la recherche médicale et l'industrie pharmaceutique qui sont ici remises en cause. Un article virulent du neuvième numéro de *L'Insoumise* (revue éditée par le MLF), paru en mai 1978, s'en prend aux propos du Dr Pasini sur la pilule.¹⁷ Le psychiatre s'interroge sur les raisons du refus de certaines femmes de prendre la pilule: «La pilule a eu du succès chez des femmes phobiques qui vivaient le stérilet comme une sorte de pénis sadique. [...] Par contre la contraception orale a donné des résultats moins favorables chez les femmes un peu hystériques, surtout lorsqu'elle a modifié l'intégrité corporelle (obésité ou diminution des règles).»¹⁸ Les auteures de l'article

relèvent l'utilisation du terme «hystérique», qui réduit les femmes à leur utérus et leur dénie toute rationalité,¹⁹ et signalent, chiffres à l'appui, que les causes du refus ou de l'abandon de la contraception orale sont le plus souvent liées à des effets secondaires désagréables bien réels, et non à des raisons émotionnelles. La première cause d'abandon (18% des cas) est ainsi l'apparition de nausées et de vomissements. Les auteures pointent du doigt l'image des femmes qui transparait dans le discours du médecin: «Le diagnostic est toujours le même: hystériques. [...] Les hormones artificielles ça existe, c'est réel, c'est des petites pilules roses, jaunes ou bleues, c'est des grammes bien concrets de chimique que nous avalons tous les jours. Réellement dangereux et pas <vécus comme dangereux>. Prouvez-nous qu'ils sont inoffensifs! Bien sûr quand il s'agit de femmes c'est jamais réel, c'est dans la tête..., c'est bien connu que les femmes raisonnent avec leur utérus.»²⁰

De plus, au-delà de la pilule et de la seule situation des femmes, c'est la prise systématique de médicaments qui est ici remise en question: «Et si des femmes et des hommes avaient tout simplement et banalement le sens de la vie, des réflexes sains d'auto-défense contre les médicaments-camisole chimique qui empoisonnent nos vies plus qu'ils ne les préservent. [...] Et si les gens avaient compris que la médecine ne fait que nous retaper pour qu'on fonctionne toujours pour des intérêts qui ne sont pas les nôtres? Qu'y a-t-il de bizarre à ne pas aimer les médicaments?»²¹

Le Dispensaire des femmes, un centre de santé alternatif et féministe²²

L'insatisfaction des militantes quant à l'institution médicale ne se traduit pas seulement par des actions politiques contestataires. A partir de 1976 émerge également l'idée de créer à Genève un centre de santé différent, plus adapté aux attentes et aux besoins des femmes, qui cristalliserait les revendications et idées féministes.²³ Après une année et demie de travail de préparation, le Dispensaire des Femmes ouvre ses portes le 17 mai 1978 aux Pâquis. Ses objectifs sont de «promouvoir l'éducation, la prévention et les soins auprès des femmes [...] dans les domaines de la sexualité, de la grossesse et de la pédiatrie».²⁴ Les réflexions et les critiques élaborées par le MLF au cours des années précédentes fournissent le socle aux principes qui sous-tendent l'organisation et le mode de fonctionnement originaux du Dispensaire. La volonté de rendre les femmes davantage autonomes en matière de santé est au cœur des préoccupations des travailleuses. Fortes de la critique d'un système médical accusé de maintenir les patientes dans l'ignorance et d'entretenir leur dépendance à l'égard du médecin, elles ambitionnent de fournir aux femmes les outils nécessaires à la compréhension et à la réappropriation de leur corps. Il ne s'agit pas seulement de traiter les affections lorsqu'elles surviennent, mais d'apprendre à connaître son corps afin de les prévenir et de s'émanciper du monopole du savoir médical: «Lutter pour

des meilleurs soins médicaux, et plus spécifiquement des meilleurs soins gynécologiques, c'est prendre en main notre propre éducation: comprendre comment notre corps fonctionne, comprendre comment rester bien dans notre peau, comprendre les problèmes que nous pouvons rencontrer, comprendre les symptômes auxquels nous devons être attentives.»²⁵ Au sein du Dispensaire, les femmes qui viennent consulter ne sont ainsi ni des «patientes», ni des «malades», mais des «usagères [...] considérées [...] comme des personnes capables de réfléchir sur leur corps, leur santé et leur maladie».²⁶

La question de la prévention, ou prophylaxie en termes scientifiques, n'est pas absente du discours médical classique. Au contraire, la tendance à la médicalisation de l'ensemble du processus de reproduction se nourrit largement du souci de prévenir les risques qui lui sont liés, souci qui enfle au même rythme que s'accroissent les connaissances sur les pathologies. Médicalisation de la reproduction et prévention se développent ainsi de concert au tournant du XX^e siècle, s'inscrivant dans l'essor du courant de l'hygiène sociale qui «étend à l'infini la sphère d'intervention des sciences médicales, par le biais de la prévention qui s'occupe des gens en bonne santé. Appliquée à l'enfantement, l'hygiène sociale ambitionne une prise en charge totale de la reproduction humaine [...]»²⁷ En 1966, la position du professeur Geisendorf, alors directeur du Centre d'information familiale et de régulation des naissances (CIFERN) créé à Genève une année plus tôt, reflète cette volonté d'anticiper les risques, grâce à la prévention: «Dans le domaine de la gynécologie, il faut absolument accroître l'importance de la prophylaxie, ce petit mot qui a fait faire tant de progrès à la médecine toute entière. On n'attend plus de ne plus pouvoir manger pour aller chez le dentiste, ni de ne plus pouvoir lire pour aller chez un oculiste et avoir des lunettes. En gynécologie, cela devrait être pareil et éviterait des désastres, tels que l'avortement, ce fléau qui prend des proportions toujours plus alarmantes.»²⁸

Quinze ans plus tard, le professeur Herrmann souligne à son tour l'importance de la prévention dans un article de la *Revue médicale de la Suisse romande* sur la baisse de la mortalité liée à la naissance au cours du XX^e siècle: «[...] ce n'est probablement pas au niveau hospitalier qu'il faut attendre encore de grands progrès. En revanche, de grands espoirs sont encore permis dans le domaine de la prévention. Une prévention efficace est basée sur la reconnaissance précoce des problèmes; il s'agit donc d'identifier les mères ou les populations à risque et les facteurs de risques. Certains de ces facteurs [...] ne touchent que des contrées précises. D'autres, au contraire, touchent le monde entier: mères trop âgées, mères trop jeunes, mères non mariées, espacement inadéquat des grossesses, fréquence des avortements, grande multiparité, défaut de surveillance, de soins et d'hygiène et, enfin, le fléau de la pauvreté et de l'ignorance.»²⁹

La notion de risque se fonde, selon cette conception, sur des critères non seulement médicaux et physiologiques, mais aussi sociaux, comme la situation socioécono-

mique ou le degré d'instruction. La prise en compte de catégories comme l'âge ou l'état civil de la mère est clairement porteuse d'un jugement normatif et moral sur les conditions d'exercice de la maternité. Mais quelles que soient ces conditions, l'idée ici sous-jacente semble bien être qu'en somme aucune grossesse n'est exempte de danger, raison pour laquelle il faut rendre la surveillance des femmes enceintes systématique. Présent à la fois dans le discours médical et dans celui de sa contestation, le concept de prévention y revêt ainsi des significations fort différentes. Les archives consultées suggèrent qu'il s'agit, du côté des médecins, de circonscrire au maximum les risques et d'exercer pour cela un contrôle toujours plus systématique sur des cercles de population toujours plus larges tandis que, d'après la perspective féministe, la prévention vise au contraire à favoriser l'autonomie des femmes en les rendant moins dépendantes de l'institution médicale.³⁰ Cette vision de la prévention considère les femmes comme les actrices de leur santé – ce que traduit l'utilisation du terme d'«usagères» –, alors que la perspective médicale les envisage comme les destinataires, les réceptrices passives d'un travail de prévention que seule la communauté médicale peut exercer.

Acquérir plus d'autonomie signifie aussi réaliser des choix mieux informés en matière de traitement et de soins. Fournir des alternatives aux méthodes de la médecine allopathique est ainsi primordial pour les travailleuses du Dispensaire qui critiquent l'hypertechnicité et la confiance aveugle de la médecine dans la science. «[...] il ne s'agit pas de méthodes nouvelles, mais bien de redécouvertes des méthodes plus anciennes que celles de la médecine allopathique qui manque souvent de recul pour juger des effets secondaires des médicaments.»³¹ Les usagères se voient ainsi proposer, à chaque fois que cela est possible, un traitement naturopathique substituable au traitement allopathique. De même, en matière d'accouchement, différentes méthodes sont expliquées et proposées à la future mère et à son éventuel partenaire.

Un autre élément essentiel qui distingue le Dispensaire des institutions de santé classiques est la réflexion concernant la relation entre soignant et soigné inscrite dans le jeu complexe des relations sociales: «La rencontre entre ces deux personnages [...] met en présence des malades et leur entourage, appartenant à des groupes sociaux divers, et des membres d'une <profession> caractérisée par un statut très spécifique. Leurs rapports sont ceux de groupes différents par leurs compétences, leurs orientations, leur prestige, leur pouvoir; ils sont donc inscrits dans les rapports structurels de la société globale.»³² La critique du rapport classique, et inégalitaire, entre médecin et patient-e est présente au sein du MLF: «Actuellement nous nous sentons complètement démunies devant le médecin. Quand il nous examine, il ne nous dit pas ce qu'il fait et nous ne le demandons pas. D'abord nous ne savons pas ce que nous devons demander et puis nous avons peur de poser des questions. Souvent quand nous reprenons courage le médecin <pressé> (trop pressé pour prendre vraiment bien soin de nous) a déjà terminé sa consultation.»³³ Pour les femmes, l'inégalité de

la relation médecin-patiente est triple. Premièrement, elle s'inscrit dans le système de domination masculine, le savoir médical étant détenu essentiellement par des hommes; deuxièmement, elle reflète les inégalités sociales entre des praticiens souvent issus de milieux aisés et des patientes d'origine parfois modeste; troisièmement, elle est marquée par l'asymétrie entre le savant et le profane.³⁴ Afin de briser ce rapport inégalitaire et intimidant, les travailleuses du Dispensaire instaurent un système de consultation tripartite entre l'usagère, une «médicale» et une «non-médicale».³⁵ En favorisant le dialogue, cette pratique permet d'éviter que la femme se range à l'avis de la personne «qui sait». Elle encourage la transmission du savoir et des connaissances et incite les usagères à faire leur propre choix, de manière informée. La consultation à trois possède également une autre fonction, celle de limiter la spécialisation et la hiérarchisation des statuts au sein du Dispensaire. Dans le souci de ne pas reproduire les mécanismes autoritaires de l'institution médicale classique, les travailleuses du Dispensaire, qu'elles soient au bénéfice d'une formation médicale ou non, reçoivent le même salaire et participent à tour de rôle aux diverses tâches de gestion (y compris le secrétariat, l'administration et l'entretien). Tout en leur permettant de vivre, leur activité au sein du Dispensaire n'est que peu lucrative. De manière générale, le Dispensaire engrange peu d'argent. Les tarifs pratiqués sont bas et l'orientation vers la prévention et le dialogue avec les usagères, actes non pris en charge par les caisses maladies, n'est pas monnayable: «Tout ce qui relève de la prévention proprement dite, le temps de discussion avec les femmes autant dans les consultations que dans les groupes et à la réception, ne peut être facturé.»³⁶

Conclusion

Face au processus de médicalisation du cycle reproductif des femmes, une vague de contestation féministe se déploie au début des années 1970, à la confluence des mouvements de 68 et du courant intellectuel qui dénonce l'hypertechnicité et la «déshumanisation» de la médecine. Les militantes féministes ajoutent, à la dimension anticapitaliste et antiautoritaire qui caractérise la critique générale du système médical, des revendications liées à l'expérience spécifique des femmes, en remettant en question l'hégémonie du pouvoir masculin sur leur corps et leur santé. Leur désaccord se manifeste dans l'espace public au travers de publications et d'actions politiques et se matérialise en 1978 par la mise sur pied du Dispensaire des femmes. Créé dans le souci de rendre les femmes plus autonomes quant à leur santé, conçu par des femmes pour des femmes, le Dispensaire, aussi bien au travers de sa pratique que de son organisation, révèle par contraste les manques et les lacunes du système de santé classique, peut-être en le caricaturant, certainement en le présentant comme un bloc plus monolithique, plus homogène qu'il ne l'était. Cependant, quelles que

soient l'ampleur et la nécessité des nuances, il n'en reste pas moins que les revendications féministes pour une médecine qui tienne compte de l'intérêt et du ressenti des patient·e·s font apparaître en creux les représentations qui structurent la pensée médicale dans les années 1970. En refusant la fonction de patientes passives et totalement dépendantes du médecin, les féministes font voler en éclats la répartition traditionnelle des rôles et contribuent à redéfinir les catégories dans lesquelles s'inscrivent les acteurs et actrices du processus de santé.

Notes

- 1 Cet article s'inscrit dans un travail de thèse de doctorat, dont l'un des objectifs est d'analyser les positions féministes à l'égard du corps et de la sexualité au cours des années 1970–1980. Cette recherche s'appuie pour une large part sur les archives du Mouvement de libération des femmes genevois, conservées dans les locaux de l'association Espace Femmes International (EFI) à Genève. Le fonds, d'une dizaine de mètres linéaires, vient d'être archivé (www.archivesmlf.ch).
- 2 Foucault, Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris 2006 [1961].
- 3 Illich, Ivan, *Némésis médicale: l'expropriation de la santé*, Paris 1975.
- 4 Thébaud, Françoise, *Quand nos grand-mères donnaient la vie*, Lyon 1986, p. 120. Sur le glissement de l'accouchement du domicile vers l'institution, voir Baillargeon, Denyse, *Un Québec en mal d'enfants. La médicalisation de la maternité, 1910–1970*, Montréal 2004 et Détraz, Christine, *Quand on a la santé. Genève 1900–1960*, Genève 1995. Sur la diffusion de la pilule contraceptive et son rôle dans la médicalisation, voir Leridon, Henri, *La seconde révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, Paris 1987. Sur l'avortement et sa pénalisation, voir Dondénaz, Martine, *Avortement, interruption de grossesse: le cas de la Suisse*, Lausanne 1987.
- 5 OFS, *Deux siècles d'histoire démographique suisse: album graphique de la période 1860–2050*, Berne 1998, p. 121.
- 6 Dreyfus-Armand, Geneviève et al., *Les années 68: le temps de la contestation*, Paris, Bruxelles 2000.
- 7 Sur l'histoire du MLF à Genève, voir de Dardel, Julie, *Révolution sexuelle et Mouvement de Libération des Femmes à Genève (1970–1977)*, Lausanne 2007; Villiger, Carole, «Le Mouvement de Libération des Femmes de Genève: du mégaphone à la voix de la raison», *Revue suisse d'histoire* 57/3 (2007) pp. 249–271; Villiger, Carole, «Notre ventre, leur loi!», Neuchâtel 2009.
- 8 De Dardel (voir note 7), p. 75.
- 9 Archives du MLF, Un groupe du MLF Genève, Brochure «Maternité», novembre 1972, p. 8.
- 10 Archives du MLF, Des usagères de la Maternité, Brochure «Accoucher à la Maternité: ce que nous refusons, ce que nous voulons», juin 1977, p. 6. Ce sont les auteures qui soulignent.
- 11 Archives du MLF, Des femmes du Centre Femmes, Brochure «Personne ne décidera pour nous. Nos luttes sur l'avortement, auto-examen, attaque contre les gynécologues», septembre 1977, p. 6.
- 12 Archives du MLF, Un groupe du MLF Genève, Fichier des gynécologues, 1974 [?].
- 13 Archives du MLF, Des usagères de la Maternité, Brochure «Personne ne décidera pour nous. Nos luttes sur l'avortement, auto-examen, attaque contre les gynécologues», septembre 1977, p. 6.
- 14 L'initiative populaire «Pour la solution du délai», autorisant les avortements pratiqués par un médecin dans les douze semaines après le début des dernières règles, est déposée en janvier 1976 par l'Union suisse pour décriminaliser l'avortement. La votation a lieu le 25 septembre 1977 et se solde par un refus.
- 15 Archives du MLF, Un groupe du MLF Genève, Lettre ouverte au Professeur Herrmann et au personnel de la Maternité, 17 décembre 1976.
- 16 De nombreux gynécologues refusent ou posent encore des conditions à la prescription de la pilule, par moralisme ou par ignorance de son action physiologique. Un médecin dans une petite ville

- limite ainsi la prise de la pilule à trois mois, car au-delà les trompes se boucheraient (Archives du MLF, Un groupe du MLF Genève, Brochure «L'examen gynécologique», 1974 [?]).
- 17 Pasini, Willy, *Désir d'enfant et contraception*, Tournai 1974.
 - 18 Archives du MLF, «Contraception: l'avis du sexologue», *L'Insoumise* 9 (mai 1978), pp. 24–25.
 - 19 Sur la définition médicale de l'hystérie et sa construction historique, voir Dorlin, Elsa, *La matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*, Paris 2006.
 - 20 Archives du MLF, «Contraception: l'avis du sexologue», *L'Insoumise* 9 (mai 1978), pp. 24–25.
 - 21 *Ibid.*
 - 22 Sur l'histoire du Dispensaire des Femmes, voir Giancane, Stefania, *Le Dispensaire des Femmes de Genève (1978–1987)*, Université de Genève 2007.
 - 23 *Ibid.*, p. 48.
 - 24 Bon Sang! Bulletin de contre-information santé des femmes 1 (février 1980), p. 25.
 - 25 Archives du MLF, Un groupe du MLF Genève, Brochure «L'examen gynécologique», 1974 [?].
 - 26 Bon Sang! Bulletin de contre-information santé des femmes 2 (juin 1980), p. 21.
 - 27 Fouquet, Carole; Knibiehler, Yvonne, *La femme et les médecins: analyse historique*, Paris 1983, p. 235.
 - 28 Lescaze, Marie-Claire, «L'avis du professeur W. Geisendorf sur le Centre de planning familial, fondé en 1964», *Exposition sur l'histoire de la Maternité réalisée par Diana Rutschmann*, 1966.
 - 29 Herrmann, Walter, «Données démographiques et planification des mesures de prévention prénatale», *Revue médicale de la Suisse romande* 101 (1981), pp. 415–416.
 - 30 Sur la démarche féministe d'autonomisation et de prise en main de leur santé par les femmes, voir Fussinger, Catherine; Rey, Séverine; Vuille, Marilène, «S'approprier son corps et sa santé. Entretien avec Rina Nissim», *Nouvelles Questions Féministes* 25/2 (2006), pp. 98–116.
 - 31 Bon Sang! Bulletin de contre-information santé des femmes 6 (juin 1981), p. 28.
 - 32 Adam, Philippe; Herzlich, Claudine, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris 2007, p. 75.
 - 33 Archives du MLF, Un groupe du MLF Genève, Brochure «L'examen gynécologique», 1974 [?].
 - 34 Sur la construction de l'inégalité sociale entre médecin savant et patient profane et son inscription dans la structure de classes, voir Boltanski, Luc, «Les usages sociaux du corps», *Annales E. S. C.* 1 (1971), pp. 205–233.
 - 35 Les «médicales» sont les travailleuses du Dispensaire qui ont suivi une formation médicale ou paramédicale. Les «non-médicales» ne sont pas détentrices d'un diplôme officiel. Elles ont acquis leurs connaissances par la lecture et l'expérience, notamment au sein de groupes féministes de réappropriation du corps. Elles sont souvent plus expérimentées et qualifiées que les «médicales» en matière de traitements et pratiques alternatifs.
 - 36 Bon Sang! Bulletin de contre-information santé des femmes 1 (février 1980), p. 24.