



**HAL**  
open science

# Du mouvement politique à l'autonomisation des femmes par leur corps : l'auto-gynécologie

Cristina Samson

► **To cite this version:**

Cristina Samson. Du mouvement politique à l'autonomisation des femmes par leur corps : l'auto-gynécologie. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04080684

**HAL Id: dumas-04080684**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04080684>**

Submitted on 25 Apr 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN  
DÉPARTEMENT DES ÉTUDES DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-  
FEMME

PROMOTION 2022

DU MOUVEMENT POLITIQUE À L'AUTONOMISATION  
DES FEMMES PAR LEUR CORPS : L'AUTO-  
GYNÉCOLOGIE

PRÉSENTÉ PAR :

Madame Cristina SAMSON

Née le 09/02/1998

SOUS LA DIRECTION DE : Madame Aurore KOECHLIN



Du mouvement politique à l'autonomisation des femmes par leur  
corps : l'auto-gynécologie

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la rédaction de ce mémoire et au cheminement intellectuel qui s'en est accompagné.

Je voudrais dans un premier temps remercier ma directrice de mémoire, Aurore Koechlin, qui par son expérience et sa bienveillance a su me guider et m'encourager tout au long de ce travail.

Je tiens à remercier également Anne Bourdon, ma guidante et formatrice à l'école de sage-femme qui m'a éclairée et soutenue depuis le début.

Un grand merci à toutes celles qui ont répondu à mes entretiens, vous êtes le pilier de ce mémoire. Votre riche expérience m'a ouvert des portes que je ne pensais jamais ouvrir.

Merci aux membres de l'association EFiGiES, aux groupes Facebook « DIY GYNÉCO&CO » et « Femmes et Santé ». Le travail que vous faites est impressionnant et donne beaucoup d'espoir.

Enfin, un grand merci à Louise, qui m'a soutenue dans les moments les plus difficiles, mais aussi à Célia, Marine et mon frère Gheorghe.

# Table des matières

<i>Introduction</i>	<b>1</b>
<b>REVUE DE LA LITTÉRATURE</b>	<b>3</b>
<b>1. Asymétrie des savoirs, asymétrie de pouvoir</b>	<b>3</b>
1. Les femmes dans la transition du féodalisme au capitalisme	3
2. Médicalisation du corps des femmes	7
<b>2. Le mouvement pour l'auto-gynécologie</b>	<b>10</b>
1. Naissance aux États-Unis vers un mouvement transnational	10
1. Une production collective de savoirs	11
2. La problématique de l'avortement et l'auto-gynécologie	12
3. Par-delà les frontières	14
2. L'auto-gynécologie en France depuis les années 1970	17
1. La problématique de l'avortement	17
2. L'auto-gynécologie entre 1973 et 1980	19
3. La réémergence d'un mouvement	22
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE</b>	<b>25</b>
<b>1. Problématique et objectifs</b>	<b>25</b>
<b>2. Hypothèses</b>	<b>25</b>
<b>3. Perspectives</b>	<b>25</b>
<b>4. Choix de la méthode</b>	<b>26</b>
1. Méthode qualitative	26
2. Entretien individuel semi-directif	26
3. Grille d'entretien	26
<b>5. Constitution de l'échantillon</b>	<b>27</b>
1. Population étudiée	27
2. Mode de recrutement	27
<b>6. Conditions de réalisation de l'étude</b>	<b>27</b>
1. Cadre de réalisation	27
2. Éthique	27
3. Les modalités d'entretien	28
<b>7. Retranscription et analyse des données</b>	<b>28</b>
1. Retranscription	28
2. Analyse des données	28
<b>RÉSULTATS</b>	<b>29</b>
<b>1. Caractéristiques des enquêtées</b>	<b>29</b>
<b>2. Introduction à l'auto-gynécologie</b>	<b>31</b>
<b>3. Organisation des ateliers d'auto-gynécologie</b>	<b>31</b>
<b>4. Sources mobilisées</b>	<b>33</b>
<b>5. Attentes, apports et impacts</b>	<b>33</b>
<b>6. Parcours gynécologique</b>	<b>34</b>
<b>7. Rapport à la médecine</b>	<b>35</b>
<b>8. Perspectives</b>	<b>36</b>

<b>DISCUSSION</b>	<b>38</b>
<b>1. Organisation des ateliers d'auto-gynécologie</b>	<b>38</b>
1. L'héritage des années 1970	38
2. Une expérience collective	38
3. Le savoir expérientiel	40
4. Un espace « safe »	41
<b>2. La possibilité d'une auto-gynécologie</b>	<b>42</b>
1. Le féminisme et les facteurs de standardisation des ateliers	42
1. Le capital culturel	42
2. Des sources communes	43
3. Les pratiques alternatives	43
2. Une auto-gynécologie inclusive ?	43
<b>3. Repenser le suivi gynécologique à l'aune de l'auto-gynécologie</b>	<b>45</b>
1. Une désillusion du suivi gynécologique	45
1. Des questions sans réponses	45
2. Une prise en charge ne répondant pas aux attentes des soignées	45
3. Le glissement de la profession de gynécologue à celle de sage-femme	46
2. La recherche d'autonomie	48
1. Quelle conception de l'autonomie ?	48
2. L'auto-gynécologie dans la gynécologie classique	49
<b>4. Forces et limites de l'étude</b>	<b>51</b>
1. Forces de l'étude	51
2. Limites de l'étude	52
<b>CONCLUSION</b>	<b>53</b>

## Glossaire

<b>EFiGiES</b>	Association qui vise à créer de la solidarité entre étudiant·e·s, doctorant·e·s et jeunes chercheur·e·s en Études Féministes, Genre et Sexualités à travers une mise en commun de savoirs et d'informations.
<b>EPP</b>	Éducation par les pairs
<b>GIS</b>	Groupe information santé
<b>HCEfh</b>	Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes
<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse
<b>MLAC</b>	Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception
<b>MLF</b>	Mouvement de libération des femmes
<b>OBOS</b>	<i>Our bodies, ourselves</i>
<b>UNESCO</b>	<i>The united nations educational, scientific and cultural organisation</i>
<b>WHM</b>	<i>Women's health movement</i>

## Introduction

Actuellement, la santé génésique des femmes se trouve entre les mains des gynécologues et des sages-femmes qui bénéficient d'un statut d'expert par leur formation universitaire. Certains  v nements, comme la médiatisation de « l'affaire » des touchers vaginaux et rectaux réalisés dans des établissements de santé sur des patientes sous anesthésie générale sans leur consentement, le puissant mouvement #MeToo, les polémiques autour de la pilule contraceptive, et plus particulièrement celles de « troisième et quatrième génération », ont levé l'omerta sur la question des violences gynécologiques et obstétricales et le silence des violences sexistes (1). Cela a permis de remettre en question l'existence de certaines pratiques banalisées et, plus généralement, l'autorité des experts dans ces domaines. Les critiques qui sont adressées au monde médical ont comme porte-voix les réseaux sociaux, qui permettent aux doléances des patientes d'avoir une portée collective. Il est intéressant de noter également que les débats autour des domaines de l'obstétrique et de la p rinalit  mènent à la diversification de l'offre de soin et à l'ouverture de maisons de naissance. Ces débats et critiques collectives relancent la réflexion pour des approches de soins aux femmes plus « naturelles » et « humaines ».

La remise en question de l'autorité des savoirs experts n'est pas nouvelle. En France, dans le domaine de la santé des femmes, elle est portée par le mouvement féministe depuis les années 1970. L'une des revendications des militantes féministes est l'autonomisation des femmes dans le domaine de la santé gynécologique, qui leur permettrait de s'émanciper du système de santé actuel qu'elles jugent violent. Il est intéressant d'analyser la thématique de la santé des femmes telle qu'elle a été pensée par le mouvement féministe pour poser un regard alternatif sur ses enjeux, resituer le rôle des patientes dans le processus de soin et repérer les failles prises dans le système de soin en lui-même. Pour ce faire, il est nécessaire d'exposer l'histoire de ce mouvement – ou plutôt ces mouvements, dont le militantisme varie selon les groupes et les époques – en matière de gynécologie. Nous verrons alors que l'auto-gynécologie en tant que pratique et mouvement politique constitue un excellent exemple d'autonomisation, de réappropriation des corps et des savoirs ainsi que d'émancipation des femmes par les femmes. Il sera aussi nécessaire de poser une analyse socio-

historique des femmes dans le milieu de la santé en tant que soignantes et soignées pour proposer une analyse globale de la place des femmes en santé.

Ce qui nous amène à notre problématique : **en quoi l'auto-gynécologie permet aux usagères de développer une expertise d'elles-mêmes et interroge les pratiques des professionnels de santé ?** Nous avons émis trois hypothèses pour y répondre :

1. Les moyens utilisés par les usagères de l'auto-gynécologie pour récolter des informations sont hétérogènes dans leur fiabilité et leur pertinence.
2. Les usagères développent une bonne expertise de soi grâce à la combinaison d'une démarche d'investigation individuelle puis mise en commun lors d'expériences collectives de la gynécologie (auto-examens en groupe, partage de savoirs empiriques).
3. A terme, les usagères de l'auto-gynécologie seraient plus enclines à considérer une partie de la communauté médicale en tant que partenaire.

Pour répondre à cette problématique, nous avons réalisé 10 entretiens semi-directifs avec des femmes ayant participé à au moins un atelier d'auto-gynécologie.

Cette étude permet de mettre en lumière la volonté d'autonomisation des usagères, un *empowerment* significatif et une meilleure compréhension de soi et de son corps.

# REVUE DE LA LITTÉRATURE

## 1. Asymétrie des savoirs, asymétrie de pouvoir

La médecine s'est employée, depuis ses débuts, à s'approprier le corps et ses mécanismes pour comprendre son organisation, le préserver et le soigner. Elle a fait, au fil des siècles, de formidables progrès en accumulant des connaissances et en les liant entre elles. Néanmoins, ce n'est que très récemment que la médecine a réellement compris la physiologie du corps. En effet, cette discipline ne s'est pas toujours fondée sur des preuves scientifiques, mais sur des approximations et des hypothèses dont beaucoup ont souffert, notamment les femmes. En se construisant sans les femmes, la médecine s'est cristallisée dans un héritage misogyne.

### *1. Les femmes dans la transition du féodalisme au capitalisme*

Au début du Moyen-Âge, les femmes pratiquent toutes les branches de la médecine et de la chirurgie aussi bien que les hommes et ce dans toute l'Europe. Elles travaillent en tant qu'infirmières dans les ordres monastiques ainsi que les hôpitaux. Elles ne soignent donc pas exclusivement les femmes. Les exemples les plus connus d'autrices dans le milieu médical à cette époque sont Trotula de Salerne qui publie peut-être le premier traité de gynécologie et l'abbesse Hildegarde de Bingen qui publie en latin ses travaux sur la médecine dans toute l'Europe aux XI<sup>ème</sup> et XII<sup>ème</sup> siècles (2,3).

Les travaux de recherche de l'historien John F. Benton se concentrent autour de la période médiévale. Ce chercheur a notamment travaillé sur l'histoire de la professionnalisation de la médecine et de la place des femmes dans celle-ci. Il explique qu'au cours des XII<sup>ème</sup> et XIII<sup>ème</sup> siècles, la pratique de la médecine se professionnalise et passe d'un savoir empirique, « profane » à un savoir expert. Ce changement s'opère par l'universitarisation de la formation médicale qui impose un diplôme pour exercer la profession. Les universités produisent des savoirs et, par leur autorité, créent les standards de la pratique de la médecine. Or, les femmes ne sont pas autorisées à intégrer l'université, y compris celles appartenant aux classes sociales les plus élevées. Il s'opère donc une exclusion totale et légale des femmes de l'université, et par

extension, des domaines de la médecine et de la chirurgie à partir du XIV<sup>ème</sup> siècle. Le monopole masculin dans les universités mène à produire un savoir de leur point de vue destiné à leurs homologues. Ainsi, la façon dont la santé des femmes est prise en charge dépend du regard masculin qui est posé sur elles.

À cela s'ajoute le contexte politique médiéval qui a un impact fort sur la façon dont les femmes sont traitées par l'État et l'Église. Il est impossible d'évoquer la place des femmes en tant que soignantes et soignées dans l'histoire sans rappeler les trois siècles de persécution des « sorcières ». Ce sont les riches travaux de Silvia Federici, professeure émérite et chercheuse, mettant en lien « transition au capitalisme » et dépossession des femmes qui nous aideront à contextualiser tout particulièrement la chasse aux sorcières<sup>1</sup> (4). Dans son ouvrage *Caliban et la Sorcière*, elle explique que la crise du féodalisme connaît une révolte de la paysannerie féminine conséquente. Ces femmes se révoltent contre le féodalisme, mais aussi contre le capitalisme qui commence à s'imposer. Une hypothèse formulée par Silvia Federici est que la chasse aux sorcières apparaît en réaction à la résistance des femmes face à la progression des rapports capitalistes et donc à leur perte de pouvoir sur leur sexualité, leur reproduction et leur aptitude à soigner pour les transformer en ressources économiques<sup>2</sup>.

En lisant les travaux de Silvia Federici nous comprenons donc que la chasse aux sorcières s'inscrit dans un projet plus vaste : celui du développement du système capitaliste qui s'impose par la force et la violence, comme ont pu le développer Max Weber ou encore Karl Marx. Tout en détruisant le pouvoir des femmes, la chasse aux sorcières joue un rôle essentiel dans la défaite de la paysannerie européenne. Soutenue par l'État, cette campagne de terreur facilite l'expulsion de la paysannerie des terres qu'elle possédait par le passé<sup>3</sup>. Ce sont les femmes qui en souffrent le plus dans la mesure où une existence nomade les expose à la violence masculine dans un contexte où la misogynie se renforce. En outre, la privatisation des terres et de l'agriculture engendre une augmentation des vols dans l'Europe des XVI<sup>ème</sup> et XVII<sup>ème</sup> siècles. Les accusations de sorcellerie servent alors à punir ces attaques à la propriété.

À cela s'ajoute la crise démographique initiée notamment par la grande peste, l'augmentation de l'âge du mariage, l'augmentation du nombre d'enfants abandonnés

---

<sup>1</sup> N°3. *Ibid.* p. 33

<sup>2</sup> N°3. *Ibid.* p. 272

<sup>3</sup> N°3. *Ibid.* p. 103

et un taux de mortalité infantile élevé<sup>4</sup>. L'État introduit alors des politiques natalistes en cherchant à contrôler la fonction reproductive et le corps des femmes tout en réprimant ceux et surtout celles qui s'y opposent. L'intensification de la persécution des « sorcières » en est un exemple. Les crimes considérés comme transgression des normes reproductives dont les femmes sont accusées sont par exemple le « sacrifice des enfants au Diable », la pratique des avortements et la proposition d'une aide contraceptive (5). En France, en Angleterre et en Écosse, des lois sont promulguées pour punir les infanticides – que les femmes en soient responsables ou non. Par exemple si elles ont avorté, ont fait une fausse couche, ont perdu un enfant en couches ou que le décès de leur enfant soit survenu plus tard. Il y a davantage d'exécutions pour ce crime, ainsi que pour sorcellerie, que pour tout autre crime dans l'Europe des XVI<sup>ème</sup> et XVII<sup>ème</sup> siècles. Les sages-femmes sont soupçonnées de prendre part à ces activités, ce qui amène les autorités à laisser une grande place aux docteurs dans le milieu de l'obstétrique. Nous pouvons alors supposer que cette décision est faite plus par crainte des infanticides que par doute sur les compétences médicales des sages-femmes<sup>5</sup>. En effet, il est possible de lire dans le *Malleus Maleficarum*, texte fondateur dans la féminisation de la chasse aux sorcières que « Personne ne nuit davantage à l'Église catholique que les sages-femmes » (6).

Le processus de marginalisation des sages-femmes va de pair avec la perte du contrôle du corps des femmes par elles-mêmes. Une passivité s'installe du côté des parturientes qui laisse les docteurs procéder selon leurs pratiques médicales et place les sages-femmes sous la tutelle de ces derniers. Pour que les sages-femmes puissent continuer à exercer, les États français et allemand exigent une collaboration des sages-femmes sous forme d'espionnage ; par exemple, elles doivent rapporter les nouvelles naissances ou examiner les femmes soupçonnées d'avoir enfanté en secret. En ce sens, le corps des femmes passe d'une maîtrise personnelle à un territoire public où l'État assoit son pouvoir, reléguant les femmes au « travail reproductif » et réduisant l'utérus à une « machine pour la reproduction du travail »<sup>6</sup>. Silvia Federici souligne aussi que la criminalisation de la contraception dépossède les femmes des savoirs qu'elles se transmettaient de génération en génération et qui leur permettaient de garder une

---

<sup>4</sup> N °3. *Ibid.* p. 155

<sup>5</sup> N °3. *Ibid.* p. 161

<sup>6</sup> N °3. *Ibid.* p. 166 et p. 230

certaine autonomie. Cet extrait issu de *Caliban et la Sorcière* résume en partie les conséquences de la campagne de terreur sur les femmes : « La chasse aux sorcières anéantit tout un monde de pratiques féminines, de rapports collectifs et de systèmes de connaissances qui avait constitué le fondement du pouvoir des femmes dans l'Europe précapitaliste »<sup>7</sup>. En persécutant les « guérisseuses populaires », le patrimoine de savoir empirique se perd et ouvre la voie à la médecine professionnelle. Comme le disent Barbara Ehrenreich et Deirdre English dans leur célèbre essai *Sorcières, sages-femmes et infirmières : Une histoire des femmes soignantes*, les médecins au service de l'État et de l'Église dotés d'un niveau moral et intellectuel élevé représentent la science et la raison, contrairement aux guérisseuses qui sont rangées du côté de l'obscurantisme et de la superstition (5).

Nous avons pu voir qu'au début du Moyen-Âge, les femmes sont présentes dans toutes les branches de la médecine. Puis, une exclusion de celles-ci s'opère tout d'abord par la professionnalisation de ce métier, en imposant le passage à l'université comme obligatoire pour exercer la médecine. Les femmes continuent alors de prodiguer des soins en tant que guérisseuses populaires et sages-femmes jusqu'à l'intensification de la chasse aux sorcières qui réduit des siècles d'accumulation de savoirs empiriques en les ramenant au rang de superstition. Cette perte de la connaissance est concomitante à la perte du pouvoir que les femmes avaient sur leur corps en tant que soignées ou soignantes. La méthode scientifique, validée par l'Église et de l'État, se place en unique détentrice du savoir et de la vérité. C'est cette médecine nouvelle, professionnelle et constituée essentiellement d'hommes qui soigne les femmes selon leur production de savoir médical expert, et donc selon leur regard masculin. Il est possible de conclure que d'un point de vue macro-historique, une marque est laissée dans notre société par la répression politique des savoirs féminins et engendre des inégalités.

---

<sup>7</sup> N °3. *Ibid.* p. 183

## 2. *Médicalisation du corps des femmes*

*« Au tournant des XVII<sup>ème</sup> et XVIII<sup>ème</sup> siècles, les femmes n'ont progressivement plus le monopole dans l'organisation de ce savoir [...], il s'agit d'une affaire d'État. On assiste alors à la dépossession des femmes de leur propre corps au niveau même de la perception de celui-ci, dans la mesure où la connaissance des femmes sur leur corps n'a plus d'espace social où se dire, n'a plus de communauté propre où se confier et réfléchir » (7).*

Dans cet extrait, de la même manière que Silvia Federici, la chercheuse Elsa Dorlin relève vers la fin du Moyen-Âge la perte pour les femmes d'un « régime de connaissances » ainsi que de la confiance qu'elles accordaient à leur propre expérience concernant leur corps. Leur comportement actuel dans les cabinets de gynécologie et leur non-savoir est en partie le reflet de cette expropriation de la classe des femmes de leurs savoirs corporels. Dans le domaine de la santé ce phénomène est lié à la « littératie en santé » traduit par la motivation et la capacité des patients à être acteur de leur santé (8).

En s'intéressant au vocabulaire médical, il est déjà possible d'apporter des indices quant à la considération des femmes dans ce milieu actuellement. Si nous nous penchons par exemple sur le mot « patiente », le dictionnaire de la pensée médicale dit : « dérivé du latin pati, supporter, souffrir, deux idées sont présentes : la souffrance et la passivité ; le patient est celui qui pâtit et qui subit l'action de l'agent [...] Être un patient, ce sera donc sinon être malade, au moins se mettre entre les mains d'un médecin » (9). Bien qu'il soit utilisé dans toutes les spécialités médicales, nous focaliserons notre analyse sur la gynécologie médicale.

Celle-ci ne soigne pas uniquement la souffrance gynécologique, mais aussi la simple condition féminine. Ainsi, c'est surtout la caractéristique de passivité qui ressort plus que celle de souffrance. Les conditions propres aux examens réalisés dans le cabinet de gynécologie, exposant l'intimité, constituent un frein à l'autonomisation des patientes. En effet, des sentiments négatifs d'invasion, d'humiliation, de dégradation voire de douleur (jugée normale dans un tel cadre) accaparent leurs pensées, leur ôtant tout désir d'implication.

En plus de ce statut de patiente s'ajoute une relation soignant/soignée asymétrique. C'est le médecin qui dirige la consultation, pose les questions, réalise les gestes techniques et les prescriptions. La patiente quant à elle ne connaît que très approximativement son corps. Cette supériorité de connaissances octroyée par le diplôme et admise par la soignée fait des professionnels de santé les maîtres de la relation, leur permettant de maintenir le cap de la rationalité médicale. Il ressort des travaux de la chercheuse Lucile Ruault sur la gynécologie médicale que les patientes ne reçoivent pas les informations complètes concernant les actes des soignants sur leur corps ainsi que sur ce corps lui-même (10). Pour exemplifier ce fait, il est possible de citer le cas du fonctionnement de la contraception hormonale et de son impact sur leur cycle menstruel. L'accent est mis sur la partie technique : quand prendre la pilule, que faire en cas d'oubli, etc. Ainsi, les femmes sont encouragées à maintenir une posture passive ne conservant que la responsabilité et renonçant à l'entendement.

Le terme de « médicalisation » fait écho aux notions de préservation et de prolongation de la vie. Ainsi, notre société technicienne est pétrie de représentations positives quant à la biomédecine et ses progrès. Les avancées dans le champ médical font progresser la médicalisation, qui va de pair avec la pharmacologisation, et change notre façon de penser le risque et les manifestations corporelles. Nous pouvons donner l'exemple des corps des femmes qui sont pensés et se pensent davantage en termes de risques et de maladies.

En effet, il est effectué un traitement spécifique adapté à leur « nature » puisque le général est masculin et le particulier est féminin. Cette logique androcentrée est une preuve que l'organisation du champ médical contemporain s'enracine dans un système de genre. La gynécologue Elia David apporte un élément d'analyse à ce sujet : « On peut dire que, depuis la puberté, [la femme] possède « deux corps » ; le premier a pour mission de garantir la survie [...] ; le second est voué à la reproduction : on l'assimile d'ailleurs la plupart du temps à la féminité. Complicé et subtil à la fois, il devient souvent importun, dominateur, aliénant.» (11). Ainsi, la physiologie particulière des femmes détient un potentiel pathologique supérieur aux corps masculins, référents neutres.

À cela s'ajoute la théorie sociale du risque introduite par Ulrich Beck, puis repensée par de nombreux auteurs (12). Par exemple Marie Ménoret, co-auteurice du livre *Risques et Pratiques médicales*, explique que « Interpréter biomédicalement tel

ou tel phénomène naturel en objet à risque permet à l'entreprise de rationalité apparente qu'est la médecine d'exercer une intervention technologique légitimée sur les corps, biologiquement et socialement » (13). La caractéristique de vulnérabilité du corps féminin, qui lui a été attribuée au cours de l'histoire, constitue un terrain propice au développement de la culture du risque contemporain. D'autant plus que l'avènement de la « médecine de risque » a contribué à convaincre les femmes plaidant pour la démedicalisation à reconsidérer les risques pour elles mais aussi leurs enfants (14). Ce contexte freine d'autant plus l'autonomisation en santé puisque celle-ci est remise entre les mains d'experts : les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes.

L'élargissement des compétences des sages-femmes est une avancée pour cette profession qui, comme nous l'avons brièvement évoqué, a été un temps contrainte à une marginalisation. Si les sages-femmes ne sont pas autant assimilées à la technicité médicale, c'est en partie dû à la socialisation genrée de la fonction de soin et du travail de *care* qui en découle. Les sages-femmes sont particulièrement proches des patientes d'une part parce qu'elles sont majoritairement des femmes et les comprennent donc dans leurs expériences, d'autre part parce qu'il leur est socialement attribué la qualité de maternage. Ainsi, elles ne sont pas seulement des techniciennes, de par leur formation universitaire, mais elles s'impliquent aussi dans la relation thérapeutique. Les mobilisations récentes, qui ont retenu le slogan « 1 femme, 1 sage-femme », illustrent l'importance aux yeux des sages-femmes d'une prise en charge holistique de chaque femme, ici lors de son accouchement. Leur implication dans la relation thérapeutique laisse à penser que c'est une profession encline à intégrer de nouvelles pratiques, notamment à favoriser l'autonomisation et *l'empowerment* des femmes en santé gynécologique.

Nous avons pu voir qu'actuellement, les patientes ne s'impliquent pas forcément dans la démarche de soin, traduisible par la notion de littératie en santé. En effet, nous avons relevé certains freins à leur autonomisation. D'une part, nous avons évoqué la perte pour les femmes d'un régime de connaissance qui les exproprie de ces savoirs corporels ayant un impact considérable sur la confiance que les femmes accordent à leur corps ; d'autre part, nous avons exposé le « potentiel pathologique » de la physiologie féminine qui constitue un terrain favorable au développement de la

médecine de risque et de l'autorité médicale. Cette asymétrie des savoirs entre patientes et professionnels de santé peut donc être liée à une asymétrie de pouvoir exercé sur le corps des femmes. Nous verrons comment les dynamiques féministes ont réussi à dépasser ces relations d'asymétries et à proposer une façon différente d'appréhender le corps féminin en santé gynécologique.

## **2. Le mouvement pour l'auto-gynécologie**

Dans notre sujet de mémoire, nous relierons l'*empowerment* en santé et l'*empowerment* féministe en évoquant l'autonomisation de la santé des femmes grâce aux dynamiques féministes. Le féminisme actuel, d'orientation intersectionnelle, propose une critique sociale sous les prismes de genre, classe et race (15–18). Il dénonce les inégalités de genre en montrant qu'elles constituent un système structurel d'oppression patriarcale. Si, au cours de l'histoire, le féminisme s'est intéressé à divers sujets de lutte, c'est sur celui du corps que nous focaliserons notre travail.

### ***1. Naissance aux États-Unis vers un mouvement transnational***

Le corps n'est pas seulement anatomique, il est aussi empreint de conventions sociales. L'émancipation par la réappropriation de celui-ci ne va pas de soi. Cela est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit du corps des femmes qui, pendant des siècles, a été un enjeu de pouvoir et un terrain de conquêtes. À la fin des années 1960 aux États-Unis où un contexte politique bouillonnant secoue le pays, le mouvement féministe s'empare du sujet. Le militantisme radical, inspiré notamment par la pensée communiste, est à cette époque la forme principale de lutte qui crée une contreculture et s'empare des sujets comme le racisme, les inégalités intersectionnelles, la libération des mœurs et des femmes avec le mouvement féministe dit de la « deuxième vague ». Ce dernier utilise un slogan puissant : « *The private is political* » (en français : « Le privé est politique »), qui souligne que les femmes en tant que classe sociale partagent les mêmes vécus misogynes dans les sphères publique et privée. Cette dichotomie entre les deux sphères est donc remise en question et considérée comme une construction sociale. Cette destruction du privé comme sphère inatteignable par le

politique permet pour le mouvement féministe de se saisir politiquement des problématiques de sexisme au sein de l'intime.

### 1. *Une production collective de savoirs*

En 1969, à Boston, se réunissent un groupe de femmes pour un atelier autour du thème « *Women and Their Bodies* » (en français : « Les femmes et leurs corps ») (19). Les discussions sont lancées autour de la sexualité, encore très tabou, l'avortement, encore illégal, leurs expériences en tant que parturientes et leur méfiance envers le système médical et les médecins (20). Il en ressort des difficultés partagées par toutes à discuter avec leur gynécologue, les hommes étant majoritaires dans la profession à cette période. Elles décident donc de collecter elles-mêmes les informations en se répartissant les sujets clés.

Au bout d'un an de réunions, de recherche d'information sur la santé féminine et de confrontation avec les données médicales elles décident de mettre sur papier leur recherches et discussions et publient *Women and Their Bodies : a course* (traduisible en français par : *Les femmes et leurs corps : un cours*), 193 pages de savoir transmis. Cet ouvrage constitue un livre fondamental du mouvement pour l'auto-gynécologie. Il est le fruit d'un processus collaboratif de production de savoirs et contient des informations et témoignages sur le plaisir féminin, la contraception, la grossesse, les infections vaginales et urinaires, le cycle menstruel, l'anatomie, etc. Elles y écrivent également une analyse des dynamiques de pouvoirs entre le système de santé et les femmes, des politiques économiques de la santé et de l'industrie pharmaceutique. Mais, surtout, elles légitiment l'expérience des femmes, ce qui constitue le terreau d'un *empowerment* collectif. Plus tard, elles changeront le titre pour *Our Bodies, Ourselves* (*OBOS*) dans le but d'unir les femmes et d'insister sur l'acte d'appropriation de leur corps. En 1971, plus de 250 000 copies sont vendues, créant un succès dans le milieu politique de gauche. Le livre est ensuite traduit en 31 langues telles que l'italien, l'espagnol, le japonais, le danois, le français, etc. et est régulièrement réactualisé jusqu'en 2005. L'édition de 1998, tome de 780 pages, contraste avec la première publication de 193 pages, ce qui montre l'approfondissement des sujets évoqués. Plus tard, le collectif évolue en se nommant *The Boston Women's Health Book Collective*

et se consacre à la gestion des profits de vente et de leur utilisation pour promouvoir la santé des femmes (21).

Dans de nombreux pays, *OBOS* est réadapté ou traduit. En France, il est d'abord publié en 1977 puis réactualisé en 2020 par un collectif féministe ; il porte le titre *Notre corps, Nous-mêmes* (22). La liste impressionnante de réadaptations et de ventes montre à quel point le livre résonne auprès des femmes à l'héritage socio-culturel différent. Même si les réajustements sont faits d'un pays à un autre en fonction de leurs problématiques propres, *OBOS* constitue une base fondamentale, une source d'inspiration et un catalyseur de production collective de savoirs.

## 2. La problématique de l'avortement et l'auto-gynécologie

En 1969, l'avortement est encore illégal et constitue le fer de lance pour les droits reproductifs. L'IVG est réalisée clandestinement par des professionnels ou non et constitue une activité très lucrative. La méthode qu'ils utilisent est appelée « Méthode Karman » parce que développée par Harvey Karman, un psychologue reconverti en « avorteur ». Cette méthode consiste en l'introduction d'une canule souple dans l'utérus puis en l'aspiration de son contenu à l'aide d'une seringue ne nécessitant pas de dilatation cervicale. C. Downer, pionnière dans le mouvement pour l'auto-gynécologie et membre du *Women's Health Movement* (*WHM*, en français : « Mouvement pour la santé des femmes »), se forme à l'IVG auprès de professionnels et revisite la méthode Karman qu'elle juge incomplète. Elle imagine avec son amie L. Rothman un système d'aspiration qui ne risque pas d'insuffler par accident de l'air dans l'utérus, qu'elles appellent le Del-Em (Annexe 1). Elles s'appliquent à réaliser l'acte de manière stérile. Par ce procédé, il est possible d'aspirer le sang menstruel, une grossesse débutante et parfois d'arrêter une hémorragie causée par la rétention utérine d'une fausse couche (23). En extrayant le sang menstruel, le but est d'aider les femmes à garder un pouvoir sur leur cycle menstruel en le raccourcissant et sur leur vie reproductive en le pratiquant dès un retard de règles. Il brouille également le clivage entre contraception et avortement, entre aspiration menstruelle et avortement. Le geste du Del-Em devient un moyen accessible aux profanes de santé pour contourner la loi.

En 1971, la *National Organization for Women* (en français : « Organisation Nationale pour les Femmes ») invite C. Downer à Los Angeles pour montrer comment s'auto-examiner et faire une démonstration de la méthode à un groupe de femmes. Elle montre devant toute l'assemblée comment insérer un spéculum sur soi-même et ce qu'il faut regarder, y compris le col de l'utérus caché dans le fond du vagin. À la vision de celui-ci une vague d'enthousiasme et de surprise s'empare des femmes présentes. Elle distribue ensuite des spéculums en plastique aux participantes pour les inviter à s'examiner elles-mêmes. C. Downer diffuse également une vidéo pour montrer comment utiliser le Del-Em. Elle arrive à prouver qu'avec des connaissances de base de son anatomie, il est possible de le faire soi-même (24). C. Downer et L. Rothman gagnent en notoriété et se rendent dans près de 23 villes en 6 semaines pour faire connaître l'auto-examen, l'extraction menstruelle et l'auto-empowerment (23). Dans l'année où C. Downer a commencé à faire des auto-examens publiquement, plus de 2 000 femmes avaient assisté à ces démonstrations et rejoint les cliniques du *WHM*. Dès 1975, les militantes du *WHM* ont exporté l'auto-examen non seulement dans tous les États-Unis, mais aussi dans plus d'une dizaine de pays (25).

Par la suite, de nombreux centres de santé pour les femmes se rattachant au *WHM* sont créés, formant la fédération des centres féministes de santé pour les femmes. C. Downer, co-responsable du centre de Los Angeles ouvert en 1972, y lance une initiative pour se familiariser avec l'examen gynécologique, activité emblématique de l'auto-gynécologie. Elle pense une autre manière d'aborder l'intimité de manière collective et non plus seule face au médecin, qui constitue à ses yeux un fort potentiel révolutionnaire de par cette méthode d'apprentissage. Sous forme d'atelier en petit groupe, elle invite les participantes à regarder leur appareil génital à l'aide de trois outils : un miroir, un spéculum et une lampe. Ainsi elles peuvent découvrir ce que leur gynécologue voit et sortent de la passivité habituellement attachée à ce type d'examen. Durant ces ateliers, elles discutent autour de leur santé sexuelle et reproductive en partageant leurs expériences afin de chercher des solutions pour chacune des usagères. Par la connaissance de leur corps et l'écoute des symptômes, elles sont plus à même de poser un diagnostic ou d'en informer plus facilement leur gynécologue. Par la suite, plusieurs centaines de groupes pratiqueront l'auto-gynécologie. Elles introduisent également la notion de consentement dans les soins qui inspirera quelques années plus tard le mouvement de lutte contre le sida (26).

En se positionnant contre la médecine professionnelle qui, au cours de l'histoire, a invisibilisé et particularisé la santé des femmes, les membres du *WHM* politisent un espace considéré comme apolitique (27).

Parallèlement, en 1969, les militantes du collectif *Women's Liberation* (en français : « Libération des femmes ») créent une organisation appelée *Jane* et proposent leurs services à Chicago pour faciliter l'accès à l'IVG. Toutes les membres du groupe répondent au nom de *Jane* pour conserver l'anonymat. Elles conseillent et accompagnent les femmes dans la procédure d'avortement. Elles les informent sur le tarif, assez élevé, et sur le déroulement de l'IVG pratiqué par un médecin. En accompagnant les femmes au moment de la procédure, les volontaires se rendent vite compte de la simplicité du geste mais aussi que de nombreux opérateurs ne sont pas médecins. Les *Janes* demandent donc aux « avorteurs » de les former au geste. Elles réussissent à pratiquer jusqu'à 11 000 avortements entre 1969 et 1973, en baissant le tarif voir en le proposant gratuitement. Selon les militantes, c'est la manière dont l'avortement devrait être : un acte pour les femmes fait par les femmes en tant qu'acte de libération et d'*empowerment*. Elles arrivent par la même occasion à démystifier le pouvoir de la profession médicale. L'accompagnement des usagères passe par une présence bienveillante, des petites attentions, de la prévention médicamenteuse des infections, la distribution d'*OBOS*, des informations sur la contraception, etc. Elles s'assurent également des suites de l'avortement en téléphonant aux usagères. En quatre ans, *Jane* n'a eu aucun accident (21). Par la suite des centres d'avortements dans tous les États-Unis hébergent des militantes qui pratiquent elles-mêmes l'IVG ou assistent des professionnels (14). Une fois que l'avortement devient légal, les centres de santé pour les femmes continuent leurs activités en ayant comme objectif la prise en charge par les femmes de leur corps, l'amélioration de la qualité des services médicaux ainsi qu'un accès de toutes à ceux-ci.

### 3. *Par-delà les frontières*

Comme nous l'avons évoqué, le mouvement pour l'auto-gynécologie est exporté dans de nombreux pays notamment grâce à la diffusion d'*OBOS* qui est traduit ou réadapté mais aussi par les démonstrations publiques d'auto-examen et la diffusion de savoirs techniques concernant l'avortement par les militantes du *WHM*. En effet, C.

Downer et D. Law, souhaitant susciter une vaste mobilisation, font une tournée européenne de 6 semaines en 1973 et réussissent à partager leur pratique de l'auto-gynécologie dans 8 pays. Elles se rendent dans les groupes féministes préalablement constitués. Le mouvement touche donc essentiellement des femmes ayant déjà un certain capital militant. En France, c'est Simone de Beauvoir qui fait le lien entre les nord-américaines et le cercle militant parisien. Il y a alors un phénomène d'acculturation, c'est-à-dire un processus par lequel les militantes françaises assimilent les savoirs des nord-américaines via cette circulation transnationale du mouvement. Cette transmission des savoirs se heurte inévitablement à la culture féministe locale qui produit de nouvelles façons de formuler ou même de penser le modèle d'auto-gynécologie nord-américain (28). En France, le transfert culturel est porté par les féministes intégrées dans les mobilisations locales et familiales à la culture anglo-saxonne qui assurent le lien entre le cercle militant francophone et les nord-américaines (29). C'est par exemple un groupe de six anglophones engagées politiquement qui font le travail de réadaptation de *OBOS* pour « en abreuver le mouvement français » (30).

Néanmoins, l'exemple du Dispensaire des Femmes à Genève, qui ouvre ses portes en mai 1978, montre la possibilité d'une transmission des savoirs gynécologiques entre femmes francophones. Sa création est due en grande partie à l'initiative de R. Nissim, infirmière de formation, qui découvre avec 400 autres femmes l'auto-gynécologie lors du passage de C. Downer et D. Law à Genève. Même si sa rencontre avec les deux Californiennes en 1973 a bousculé sa vision de la gynécologie, elle n'ose pas tout de suite se lancer dans la pratique. C'est une amie américaine qui pousse le groupe dans lequel elle se trouve à se saisir de ce moyen d'autonomisation. Elle s'inspirera plus tard des groupes d'auto-gynécologie d'Allemagne et de centres de santé des femmes aux États-Unis pour la création du Dispensaire des Femmes. À son retour des États-Unis, elle invite les membres du groupe d'auto-gynécologie, celui pour l'avortement et des professionnelles de santé critiques du système dans lequel elles travaillent à la rejoindre dans le projet (31).

Il a nécessité deux ans de préparation aux fondatrices du Dispensaire pour définir leur organisation, leurs objectifs et les services qu'elles y proposeraient. Le but du Dispensaire des Femmes est de « proposer des services simples en gynécologie dans un cadre où les femmes puissent se réapproprier leur corps et entrer dans une

démarche active pour leur santé ou leur guérison » (31). Dans une démarche égalitaire la hiérarchie n'est pas marquée, toutes ont le même salaire, se partagent les tâches, personne ne porte de blouse blanche et les examens se font sur des lits ordinaires. Aussi, pendant l'examen gynécologique elles laissent « l'usagère », et non plus « la patiente », mettre le spéculum et regarder son col de l'utérus en premier pour renforcer le sentiment d'appropriation de son intimité. Les consultations s'organisent à trois avec une professionnelle de santé, une « non-médicale » et l'usagère de façon à « casser la relation soignant/soigné ». Pour les traitements, le choix est donné à l'usagère entre allopathie et naturopathie ; elles orientent les usagères vers des spécialistes si leur affection ne relève pas de leurs compétences. Leurs prestations sont remboursées grâce au système de délégation par le biais des médecins du Dispensaire. Au bout de dix ans, le groupe est trop grand et des tensions se créent notamment par une dynamique de groupe compliquant le processus de décision et des inégalités dans l'engagement. Le Dispensaire des Femmes de Genève reste néanmoins une forme d'institutionnalisation du self-help dont ont pu bénéficier de nombreuses femmes.

Nous avons pu voir que la création du mouvement féministe autour de la santé des femmes émerge dans un contexte politique bouillonnant, au sein de cercles militants préexistants. La problématique de l'avortement illégal a poussé les femmes à innover en matière de gestes techniques et d'organisation pour l'accès à l'IVG dans des conditions sanitaires acceptables. Néanmoins, il est nécessaire de rappeler que cette pratique se situe hors du cadre légal et que nombre de militantes ont été arrêtées pour exercice illégal de la médecine.

Le féminisme de la « deuxième vague » pousse également les femmes à repenser leur rapport au corps et leur rapport au milieu médical. Ainsi, des productions de savoir collectif comme *OBOS* diffusé dans le monde entier apportent une base pour la démocratisation de la connaissance sur le corps féminin et sur sa repossesion par les femmes. Nous verrons que des schémas similaires sont reproduits en France.

## 2. *L'auto-gynécologie en France depuis les années 1970*

### 1. *La problématique de l'avortement*

En France, le mouvement pour l'auto-gynécologie contraste avec la notoriété de ce courant aux États-Unis. Avec la révolte sociale de Mai 68, la dissociation entre sexualité et reproduction est revendiquée à travers la lutte pour l'accès à la contraception et le droit à l'avortement. Avant la promulgation de la loi Veil en 1975, des mouvements sociaux puissants ont bousculé le processus de réforme sociale qui se fait attendre (32). Parmi les actions militantes les plus marquantes, nous trouvons la pratique illégale de l'avortement – parfois exercée sur la place publique, ce qui véhicule un symbole fort – faisant converger service rendu et acte politique. C'est par ce prisme que le mouvement d'auto-gynécologie commence à s'illustrer. À l'été 1972, le médecin O. Bernard, lui-même formé par le psychologue américain H. Karman, enseigne la méthode Karman<sup>8</sup> aux militants, médecins, infirmières, sages-femmes, étudiants en médecine, ainsi qu'à des personnes qui n'ont pas de formation en santé, « les profanes ». Les médecins du Groupe Information Santé (GIS) commencent alors à pratiquer gratuitement des IVG par aspiration jusqu'à 10 voire 12 semaines d'aménorrhée. Parallèlement, le taux de décès annuels recensés dus à l'avortement chute considérablement (33).

En 1973, l'association du MLAC est fondée et légalement déclarée. Sous cette couverture juridique, les adhérentes du MLAC, professionnelles de santé ou non, continuent de pratiquer clandestinement des IVG avec la méthode Karman. Celle-ci se fait en milieu extrahospitalier, puisqu'elle est non institutionnalisée pour le moment. Selon la chercheuse en sociologie politique L. Ruault, qui a notamment étudié la politisation de l'avortement, « nombre d'étapes des parcours d'avortement et des savoir-faire convoqués (*au sein du MLAC*) prolongent les compétences domestiques des femmes et les élèvent au rang de compétences politiques : ce sont leurs savoirs profanes de santé, les dispositions socialement féminines à l'hospitalité et à la sollicitude qui fondent des réseaux de solidarité, composant une chaîne matérielle et symbolique d'entraide » (34). Cette action militante répandue nationalement au sein

---

<sup>8</sup> En réalité, c'est avec le Del-Em par Loraine Rothman que sont effectués les avortements.

de différents comités du MLAC permet la dédramatisation de l'avortement et le rend accessible à toutes les femmes. Avec le courant critique de la médecine post-Mai 68 et le féminisme du MLAC, les militantes de ces groupes développent une rhétorique d'autonomisation des usagères (35).

En 1971, la chirurgienne londonienne Stella Davis expérimente l'avortement par aspiration et les résultats qu'elle publie concluent en l'efficacité de la méthode (36). Elle serait si efficace et à bas risque que l'IVG pourrait être pratiquée en extrahospitalier. Les médecins du GIS affirment eux aussi que la méthode Karman pourrait potentiellement se pratiquer hors de l'hôpital dans le manifeste des 331 (37). C'est une pétition parue en 1973 dans le *Nouvel Observateur* et signée par 331 médecins revendiquant avoir pratiqué des avortements malgré l'interdiction de la loi française (38).

Il y a, dans ces mouvements, une volonté de réappropriation de la santé reproductive et sexuelle des femmes par elles-mêmes. Dans un continuum, les médecins du GIS militent contre le rapport traditionnel de pouvoir des médecins aux patients. Leur activité se situe entre reproduction de normes professionnelles et ouverture à la culture profane. Leur démarche est néanmoins critiquée. Les membres de la librairie parisienne militante « La Commune », par exemple, déclarent « les médecins ne sont pas prêts malgré leur déclaration d'intention à accepter cette démythification de leur rôle, toute une structure de pouvoir qu'ils ne peuvent rejeter » (39). Les militantes du MLAC de Rouen, elles aussi, interrogent la véritable volonté politique des médecins en posant un regard critique sur le terme de « démedicalisation ». Selon elles, celui-ci ne traduit pas la volonté de réduire l'importance des spécialistes dans leur vie mais plutôt « un transfert de savoirs, vu par les médecins » (40).

Une fois la loi Veil votée, la pratique illégale de l'IVG continue pour répondre aux demandes des exclues de la loi. Les militantes du MLAC aixoises refusent de reconnaître la légitimité exclusive des médecins à prendre en charge les avortements dans les conditions imposées par la loi. Elles disent : « nous avons maintenant une grande expérience dans le domaine de l'avortement et de la contraception : elle montre qu'en prenant en main leurs affaires, les femmes constituent une force insupportable pour le pouvoir. En effet, la méthode par aspiration a été utilisée par le MLAC pendant deux ans avant que les médecins et les hôpitaux se mettent à l'apprendre. Cette

méthode appartient aux femmes du mouvement, elles ont une expérience bien souvent supérieure à celle des médecins (parce que pratiquée en groupe et sans anesthésie). Maintenant qu'elle fait partie de l'arsenal officiel de la médecine, nous devons nous battre pour ne pas s'en laisser dessaisir. Si on commence par se débrouiller sans médecins pour certaines choses, où allons-nous ? S'il leur venait l'idée de se passer d'autres choses ? » (41). Pour elles, cette pratique extra-sanitaire équivaut à une repossession des femmes par elles-mêmes. En acquérant une meilleure connaissance de leur corps par la création d'une contre-expertise féministe sur celui-ci, elles ont le sentiment de s'affranchir de multiples dominations : médicale, étatique et patriarcale.

Pendant plus d'une dizaine d'années et jusqu'à neuf ans après le vote de la loi Veil les femmes non-médecins ont continué d'entretenir des savoir-faire abortifs et de soins en santé gynécologique. La faiblesse des ressources ne leur ont pas permis de populariser l'idée de dépossession des savoirs féminins et la lutte contre celle-ci. Pourtant, selon les militantes, une pratique domestique et maîtrisée par les « femmes ordinaires » aurait pu coexister avec une pratique de l'avortement institutionnalisée. Le glissement de l'avortement du registre criminel à celui d'hygiène publique a eu raison d'une appropriation féministe de l'acte.

Nous avons pu voir que l'activisme du MLAC marque un défi au « pouvoir médical » et remet en cause les normes de l'institution. Le MLAC constitue un lieu de quête en matière d'autonomie des « femmes ordinaires » par rapport à l'encadrement médical mais aussi une remise en question de la définition légitime des « experts ». Même si elle a permis un accès aux soins dans des conditions sanitaires acceptables il est nécessaire de rappeler que la pratique de l'IVG se situe hors du cadre légal et qu'il s'agit de pratique illégale de la médecine. Néanmoins, comme aux États-Unis, le mouvement de santé des femmes constitue un catalyseur dans l'avancée pour le respect et l'écoute des femmes.

## *2. L'auto-gynécologie entre 1973 et 1980*

Les archives concernant les collectifs d'auto-gynécologie en France sont difficilement accessibles. Nous nous baserons donc sur les travaux de Lucile Ruault, chercheuse en sociologie précédemment citée, pour exposer leur histoire (34).

Comme nous avons pu le voir, c'est la venue à Paris des deux Californiennes C. Downer et D. Law, qui impulse le mouvement pour l'auto-gynécologie en France. Le premier collectif formé en 1973 naît à Paris sous le nom « Les Impatientes ». Il compte une dizaine de femmes majoritairement anglophones, ayant un capital culturel, sans enfants et âgées d'environ 20 à 30 ans. Leurs réunions se font généralement dans leurs appartements personnels, de façon hebdomadaire ou bimensuelle. Au centre de leur rassemblements se trouve l'auto-examen, mais elles s'exercent également aux touchers vaginaux, pratiquent des frottis et quelques aspirations menstruelles. Si un rendez-vous chez le gynécologue est nécessaire, elles s'accompagnent mutuellement. Elles gardent le lien avec les militantes du *Boston Women's Health Collective* et rendent parfois visite à des groupes d'auto-gynécologie aux États-Unis. Le collectif se dissout en 1978.

Le second collectif naît à Paris sous le nom de « Self-Help Abbesses » en 1978 puis est renommé « Collectif Self-Help » en 1981. Le collectif tient une permanence deux fois par mois dans une librairie avant-gardiste. Le groupe s'éteint en 1984.

Le troisième collectif est « Groupe Autosanté ». Il est créé à Grenoble en 1978. Il se maintient jusqu'en 1983 avec des réunions mensuelles d'une dizaine de femmes. Le profil de celles-ci est militant, certaines possédant déjà un passé féministe et d'autres nouvellement entrées dans la politique.

Le dernier est issu de la Commission Avortement Contraception Sexualité du Centre des Femmes à Lyon qui s'était mobilisée concernant la révision de la Loi Veil. Le groupe se forme en 1979 et porte le nom de « Femmes-Pratiques-Santé ». Il concentre sa pratique autour de l'auto-examen, de la contraception et de la maternité. Les militantes ressentent en effet le besoin de travailler sur la santé et d'appréhender leur corps de façon concrète. Le groupe tient des permanences pendant deux ans et constitue une association en 1984.

L'étude de la formation des groupes d'auto-gynécologie à cette période met en lumière leur rareté. Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées quant à leur non-inscription dans le champ féministe global.

Premièrement, il est possible de penser que cela vient de la chronologie dans laquelle ils s'inscrivent. En effet, la première tentative d'implantation du mouvement en France se fait lorsque la lutte pour l'avortement est au plus fort. L'énergie collective

est alors concentrée vers la construction d'une pratique abortive sécurisée – contrairement à l'exemple italien qui découvre l'auto-gynécologie plusieurs mois avant l'avènement d'un mouvement pour l'avortement libre, incluant une pratique illégale de la médecine. Les militantes italiennes réussissent donc à faire le lien entre auto-gynécologie et lutte pour l'avortement.

D'autre part, les collectifs français pour l'auto-gynécologie mettent en débat les innovations biomédicales sur leur corps ayant mené à l'émergence de la pilule contraceptive. Cette critique de la pilule contraceptive n'est pas partagée par toutes les féministes françaises, qui voient pour la plupart cette méthode comme émancipatrice. Cela est d'autant plus vrai que le Planning familial détient alors le quasi-monopole dans l'espace militant de production de savoirs sur la contraception. Le Planning familial soutient également les médecins progressistes, ce qui entretient l'indulgence des féministes envers la profession et la recherche médicale. Le mouvement pour l'auto-gynécologie est même accusé de tenir un discours critique de la contraception pour les mêmes raisons que l'Église catholique. C'est ce scepticisme qui entraînerait l'écartement du mouvement pour l'auto-gynécologie de la scène féministe dominante.

Une autre hypothèse résiderait en l'essence de l'auto-gynécologie. En effet, ses pratiques sont associées à une essentialisation du corps des femmes. La grille de lecture du féminisme matérialiste encourage probablement ses partisans à identifier la critique de la pilule ou de la médicalisation des grossesses comme intrinsèquement essentialiste. L'enjeu de l'autonomie des femmes que les militantes soulèvent par l'auto-gynécologie ne semble pas raisonner comme tel auprès des féministes radicales. La polarisation de la pensée féministe autour du corps, que certaines voient comme un lieu de l'aliénation tandis qu'il représente pour d'autres l'essence féminine, ne permettrait donc pas le développement d'un militantisme féministe fondé sur cet objet.

La dernière hypothèse que nous évoquerons est de l'ordre du contexte d'engagement individuel. Par exemple, les premières actrices nord-américaines de l'auto-gynécologie sont des femmes mariées qui ont dû rester au foyer, par difficulté de trouver un mode de garde d'enfant, et ont pu se réunir entre femmes une fois les enfants assez grands. Au contraire, le cercle militant parisien recrute dans les milieux intellectuels et étudiants. De ce fait, la majorité des recrutées n'étaient pas passées par l'expérience de la maternité et donc n'ont pas été confrontées de la même manière au

corps médical. Ce rapport distinct à la sphère médicale est fondamental dans l'intérêt accordé à l'auto-gynécologie.

### 3. *La réémergence d'un mouvement*

Comme nous avons pu le voir, le féminisme de la deuxième vague a joué un grand rôle dans l'acquisition des droits reproductifs et la libération du corps des femmes. Il a eu un impact sur l'accès aux soins pour toutes les femmes. Néanmoins, cet extrait de *Notre Corps, Nous-mêmes* (2020) mène à s'interroger sur les victoires législatives des femmes : « le manque d'information sur notre santé et notre corps perdure, l'appropriation qu'en font les hommes et la médecine aussi, de même que l'impression constante qu'on nous infantilise ou nous considère comme malade pour la simple raison que nous sommes des femmes » (22). Ainsi, nous pouvons nous focaliser sur la question de la transmission de savoirs, en matière de santé et de physiologie du corps, qui ressort comme insuffisante.

Certains moments-clés sont présents pour cette transmission. Chronologiquement, nous pensons d'abord à la puberté où la transformation du corps est frappante. Celle-ci peut d'abord être discutée dans la sphère familiale, qui est une instance de transmission de savoirs. C'est cependant un lieu très hétérogène qui a ses propres limites définies par les tabous, la culture, la tradition, le milieu socio-économique, la composition familiale, etc.

Dans l'éducation scolaire, autre grande instance de socialisation, on peut retrouver une certaine uniformisation dans la transmission de savoirs qui permet de poser les bases de la connaissance. Le programme d'enseignement aborde la physiologie du corps et offre donc les clés de la compréhension de soi. Néanmoins, selon une enquête auprès d'élèves de 4<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup>, « les jeunes, et en particulier les filles, méconnaissent leur corps, et le plaisir féminin reste tabou : 84 % des filles de 13 ans ne savent pas comment représenter leur sexe alors qu'elles sont 53 % à savoir représenter le sexe masculin, et une fille de 15 ans sur quatre ne sait pas qu'elle a un clitoris » (42). C'est seulement à la rentrée 2017 que l'appareil génital féminin est correctement et complètement représenté dans un manuel de sciences de la vie et de la Terre (43). La transmission de savoir sur le corps féminin sous forme institutionnalisée ne semble donc pas obtenir de résultats satisfaisants. Et pour cause, la distance entre

le savoir théorique et le corps vécu empêche d'ancrer et de relier les mécanismes corporels à soi-même. Depuis la loi Aubry du 4 juillet 2001, l'article 22 impose que trois séances annuelles d'éducation à la santé et à la sexualité soient effectuées du CP à la Terminale (44). Seulement, selon le rapport du HCEfh du 13 juin 2016, « l'application effective des obligations légales en matière d'éducation à la sexualité en milieu scolaire demeure encore parcellaire, inégale selon les territoires car dépendante des bonnes volontés individuelles » (45). L'éducation à la sexualité sous ce format ne permet donc pas de toucher les jeunes comme souhaité.

L'éducation par les pairs, dite EPP, propose un renversement de point de vue et permet une autre approche de l'éducation pour la santé en s'affranchissant des figures d'autorité. Elle consiste en la transmission de savoir entre personnes de même classe sociale, de même âge, de même genre ou ayant les mêmes aspirations. L'EPP étant une instance de socialisation, elle a une influence positive sur les groupes de pairs en les rendant plus autonomes individuellement et collectivement. D'après le chercheur P. Martin, qui a effectué une analyse de l'éducation par les pairs des jeunes sur la santé sexuelle, en se basant notamment sur un examen mené par l'UNESCO, « plus de la moitié des programmes évalués avaient effectivement amélioré les connaissances en matière de santé sexuelle et réduit les comportements à risque » (46,47). Ce modèle, en complémentarité au schéma éducatif traditionnel, permet par extension d'améliorer les processus participatifs au sein de la société en dotant la population du pouvoir d'agir ou *empowerment*. L'*empowerment* se définit par une multitude de termes qui traduisent différents rapports à l'exercice du pouvoir (48). Sa plasticité lui a permis d'être utilisé dans différents domaines comme l'éducation, l'économie, le management, la santé, la politique, etc. On l'emploie au sein de mouvements politiques de tous bords, dans le vocabulaire néo-libéral aussi bien que dans les courants féministes par exemple (49).

C'est donc dans ce contexte que le mouvement pour l'auto-gynécologie réémerge : la transmission des savoirs échoue, donc les militantes féministes se saisissent de la problématique et proposent des moyens d'*empowerment* en santé gynécologique. Elles s'inspirent de leurs héritières des années 1970 en organisant des rencontres autour de l'auto-gynécologie, des groupes de parole, écrivent des livrets de gynécologie comme « C'est toujours chaud dans la culotte des filles » ou « S'armer jusqu'aux lèvres » (50,51). Il existe à l'heure actuelle plusieurs collectifs féministes

qui proposent de façon ponctuelle ou plus régulièrement des ateliers d'auto-gynécologie. D'autres initiatives prennent la forme de sites, blogs, podcasts, *newsletters*, groupes privés sur les réseaux sociaux, cabinets ambulants – sans oublier la réactualisation de *Notre corps, Nous-mêmes* débutée en 2016 et publiée en 2020. Actuellement, aucune donnée n'existe concernant la prévalence d'usagères de l'auto-gynécologie. Cependant, nous relevons près de 1 700 membres dans le groupe Facebook *DIY GYNÉCO&CO* et 3 800 abonnées sur la page du même nom, 1 200 abonnées sur la page Facebook *Les Flux* et 200 abonnées sur la page Facebook *Self-Help Normandie*.

Nous remarquons la présence de sages-femmes dans le mouvement pour l'auto-gynécologie. Elles font parfois partie des animatrices en tant que figure experte dans les ateliers organisés par les collectifs féministes. Elles peuvent aussi simplement être sensibilisées au sujet et intégrer des actes d'auto-gynécologie dans leurs pratiques professionnelles. Par exemple, elles guident les patientes qui le souhaitent à poser le spéculum et les invitent à regarder leur sexe. Elles essayent également d'impliquer les femmes dans la démarche de soin en leur donnant les clés de compréhension pour interpréter un examen biologique, comprendre le fonctionnement de leur cycle menstruel et de la contraception, réaliser un auto-prélèvement vaginal, etc (52). Toutes ces petites implications tendent vers l'autonomisation des patientes et constituent un moyen d'*empowerment* en santé gynécologique. Le rôle de la sage-femme est donc central dans la démarche d'autonomisation.

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

## 1. Problématique et objectifs

La revue de la littérature que nous venons d'effectuer soulève une question principale qui sera le fil rouge de notre démarche de recherche dans le cadre de ce mémoire de fin d'études. Notre problématique s'énonce comme suit : « **En quoi l'auto-gynécologie permet aux usagères de développer une expertise d'elles-mêmes et interroge les pratiques des professionnels de santé ?** ».

Par cette question, nous souhaitons nous interroger sur les moyens utilisés par les usagères de l'auto-gynécologie pour récolter de façon fiable les données médicales, scientifiques et empiriques en matière de santé gynécologique. Ainsi, nous pourrions étudier les possibilités qu'offre ce mouvement pour entrer dans une démarche active et responsable en matière de santé gynécologique.

## 2. Hypothèses

Pour répondre à notre problématique, plusieurs hypothèses peuvent être soulevées :

1. Les moyens utilisés par les usagères de l'auto-gynécologie pour récolter des informations sont hétérogènes dans leur fiabilité et leur pertinence.
2. Les usagères développent une bonne expertise de soi grâce à la combinaison d'une démarche d'investigation individuelle puis mise en commun lors d'expériences collectives de la gynécologie (auto-examens en groupe, partage de savoirs empiriques).
3. À terme, les usagères de l'auto-gynécologie seraient plus enclines à considérer une partie de la communauté médicale en tant que partenaire.

## 3. Perspectives

Les perspectives de l'étude ambitionnent d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses et les résultats s'adressent à tout professionnel dans le milieu de la gynécologie : sages-femmes, gynécologues médicaux et obstétricaux, médecins généralistes. Nous espérons, par notre recherche, dégager de nouvelles pistes d'amélioration pour l'éducation à la santé gynécologique ainsi que des clés transmises aux patientes leur

permettant une bonne appréhension de leur corps d'une part et développer la littératie en santé d'autre part.

#### **4. Choix de la méthode**

##### ***1. Méthode qualitative***

L'étude envisagée est qualitative, puisque le sujet fait appel à une réalité dynamique et interprétative. De plus, sans données préalables, il s'agit d'effectuer une démarche inductive, l'objectif étant de relever les expériences communes mais aussi différentes dans une perspective comparative.

##### ***2. Entretien individuel semi-directif***

Les données recueillies relevant de l'ordre de l'intime, l'entretien individuel semi-directif a été retenu comme outil de recherche. Celui-ci est composé de questions ouvertes, à réponses libres, qui sont ensuite analysées et interprétées. Cette méthode nous permet de structurer l'entretien en préparant au préalable une grille définie de questions, mais aussi d'approfondir le sujet en posant éventuellement de nouvelles questions selon la relance du sujet enquêté. Celui-ci pourra s'exprimer librement concernant la thématique et fera peut-être émerger de nouvelles hypothèses de travail.

##### ***3. Grille d'entretien***

Nous avons suivi la grille d'entretien préalablement pensée avec la classification de nos interrogations dans un ordre logique et par thème. Pour réaliser la grille d'entretien, nous avons préalablement émis des hypothèses de résultat. Des questions ouvertes ont été utilisées, en lien avec nos objectifs de recherche, portant sur l'entrée des personnes dans la pratique de l'auto-gynécologie, l'impact de celle-ci sur leur vie ainsi que sur leur suivi gynécologique, mais aussi sur leurs perspectives à ce sujet. Durant l'entretien, quelques informations sociologiques concernant la personne interrogée ont été recueillies.

Nous avons réalisé un entretien exploratoire pour tester la grille d'entretien sur une personne de notre entourage répondant aux critères d'inclusion. Suite à cet entretien, aucune modification de la grille n'a été effectuée.

## **5. Constitution de l'échantillon**

### ***1. Population étudiée***

La population-cible pour notre enquête est constituée exclusivement des usagères de l'auto-gynécologie avec comme critères d'inclusion le fait d'être majeur, volontaire et d'avoir participé à au moins un atelier d'auto-gynécologie – qu'il soit numérique ou en présentiel – et ce dans tous les pays francophones. Comme critères d'exclusion concernant la population seront retenus les personnes ne parlant pas français et les personnes mineures.

### ***2. Mode de recrutement***

Concernant l'organisation de l'étude, le recrutement des enquêtées s'est fait de manière indirecte par le biais des réseaux sociaux, du bouche-à-oreille et des collectifs d'auto-gynécologie sur Internet puisque la communication autour des ateliers d'auto-gynécologie se fait essentiellement dans ce cadre. Ainsi, une annonce publique sur les groupes d'auto-gynécologie en ligne a été publiée, précisant l'identité de l'enquêtrice, le thème de recherche et le cadre des entretiens.

## **6. Conditions de réalisation de l'étude**

### ***1. Cadre de réalisation***

Les entretiens se sont déroulés sur une période allant de novembre 2021 à mars 2022, ponctuée de plusieurs phases de recrutement des enquêtées. Ils ont été menés là où les personnes ont jugé que leur intimité était préservée : par visioconférence, alors qu'elles se trouvaient chez elles.

Les entretiens ont été conduits jusqu'à saturation des données. Nous avons donc procédé à 10 entretiens, d'une durée moyenne de 50 minutes.

### ***2. Éthique***

La Commission d'évaluation scientifique des projets de recherche de Rouen de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) a rendu un avis favorable concernant la réalisation de cette étude (Annexe 2).

### **3. Les modalités d'entretien**

Les réseaux par le biais desquels nous avons recruté nos enquêtées étaient la liste de diffusion EFiGiES, la page *Facebook* « Femmes et Santé » ainsi que la page et le groupe *Facebook* « DIY GYNÉCO&CO ». Tous les entretiens ont eu lieu en visioconférence, par *Zoom*, *Skype*, *WhatsApp* ou encore *Jitsi*, entre novembre 2021 et mars 2022. Les entretiens ont duré en moyenne 50 minutes, allant de 30 minutes à 1 heure 20.

Avec le consentement oral des enquêtées, les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone pour pouvoir les retranscrire le plus justement possible. Ainsi, nous avons pu analyser, interpréter et conclure sur les données récoltées.

Au début de l'entretien, nous avons rappelé le thème de l'étude, la confidentialité des échanges, l'anonymisation des données ainsi que la liberté de ne pas répondre à certaines questions ou de se retirer à tout moment. Aucune personne ne s'est rétractée.

Pendant l'entretien, nous nous sommes efforcées de réagir de façon neutre et de relancer les enquêtées pour enrichir les propos développés.

## **7. Retranscription et analyse des données**

### **1. Retranscription**

Les entretiens ont été anonymisés en modifiant les prénoms et retranscrits *ad integrum*. Ils sont trouvables en annexe dans le tome 2.

### **2. Analyse des données**

Nous avons analysé les entretiens de manière longitudinale et transversale en classant les données dans des grilles d'analyses trouvables en annexe dans le tome 3. Dans l'analyse longitudinale, les données sont retranscrites sous forme de *verbatim* qui sont ensuite analysés. La grille de l'analyse transversale regroupe les données concernant chaque enquêtée pour pouvoir les comparer

# RÉSULTATS

## 1. Caractéristiques des enquêtées

Tableau 1 : Profil des enquêtées

Items	Anne	Barbara	Diane	Élisa	Faustine
Âge	30 ans	34 ans	X	40 ans	33 ans
Parcours d'étude	Ecole de sage-femme, formation symptomptomthermie	Master en droit international, école du cirque, école de théâtre, auto-formations/formation à la santé gynécologique	X	Sociologie, doctorat en anthropologie	Ecole de sage-femme
Parcours professionnel	Infirmière auprès de personnes en situation de handicap, infirmière dans des maisons médicales	Doula en Amérique latine	Professeure	Maîtresse de conférence en anthropologie et en études de genre, chercheuse, chargée de mission égalité et droit des femmes	Sage-femme libérale, accompagnement accouchement à domicile

Items	Gisèle	Hélène	Isabelle	Jeanne	Klaudia
Âge	25 ans	29 ans	37 ans	41 ans	49 ans

Parcours d'étude	Bachelier en orthophonie, master en sciences médicales	Licence de communication, master en management international, formation développement personnel	Formation agricole, formation sur la santé sexuelle et gynécologique, formation d'herboriste	Formation à la santé communautaire	Journalisme, anthropologie, formation symptomatique, formation de formatrice
Parcours professionnel	X	Assistante d'éducation, auto-entrepreneuse coach de vie auprès des femmes	Maçonne	Bibliothécaire	Droits humains, formatrice, association féministe

Six de nos enquêtées se définissaient comme femme et quatre ont ajouté la mention « cisgenre ». Cinq personnes se définissaient comme hétérosexuelles, deux comme bisexuelles, une comme pansexuelle<sup>9</sup> et une comme lesbienne. Elles avaient en majorité des relations hétérosexuelles, à l'exception d'une d'entre elles en couple lesbien. Deux personnes se sont explicitement définies comme « blanches », la majorité était caucasienne.

La totalité des enquêtées se sont définies comme féministes. L'une d'entre elles a précisé être de la mouvance éco-féministe, une autre se disait anarchiste, une se disait intersectionnelle et une dernière a décrit une sensibilité au féminisme matérialiste. Huit enquêtées ont eu un parcours militant féministe. Seules deux de nos enquêtées n'ont pas évoqué les questions intersectionnelles ; parmi celles qui l'ont fait, quatre ont abordé les questions de genre, quatre ont évoqué la transidentité, trois ont parlé d'identité LGBT+ au sens large, une a évoqué les personnes intersexes, deux ont évoqué la question de « race », une a évoqué les rapports de classe et une a parlé de validisme et de grossophobie.

Huit enquêtées sont des organisatrices et animatrices d'ateliers d'auto-gynécologie, deux en sont participantes.

---

<sup>9</sup> « Personne dont l'attraction sexuelle ou sentimentale ne se limite pas à un sexe ou à un genre en particulier. ». Def. *Le Robert*.

## 2. Introduction à l'auto-gynécologie

Toutes les enquêtées ont été introduites à l'auto-gynécologie par des amies, dont quatre par des connaissances pratiquant elles-mêmes l'auto-gynécologie. La moitié l'avait découverte dans un contexte féministe. Elles s'y sont majoritairement intéressées parce qu'elles remettaient en question leur suivi gynécologique ou la contraception.

Barbara 2 : « *J'avais 22 ans, j'étais en Argentine. [...] et mes... amies étaient — enfin j'étais la plus jeune et puis elles faisaient des groupes d'auto-santé, d'auto-gynéco entre elles.* »

Hélène 2 : « *Et ben j'étais tombée sur une publication des flux [...] et du coup j'ai participé à un atelier d'auto-observation en présentiel.* »

Isabelle 2 : « *Et ben ouais j'ai fait partie d'un, c'est un peu par hasard, d'un groupe de d'auto-support pendant 5 ans où on se rencontrait [...] tous les 6 mois pendant un week-end [...] et du coup c'est sur la santé sexuelle et gynécologique qui ont été fait avec Rina Nissim.* »

Jeanne 3 : « *J'ai été bénévole sur un festival de sexualité positive euh qui comportait une partie auto-gynéco en fait.* »

## 3. Organisation des ateliers d'auto-gynécologie

Les groupes d'auto-gynécologie étaient composés en moyenne de 11 personnes, allant de 5 à 30 participants. La moitié des ateliers étaient organisés dans des lieux militants dont deux en festival féministe, une enquêtée les organisait dans un lieu dédié, trois dans une salle louée, quatre dans le cadre privé et une a participé en visioconférence. Deux personnes retrouvaient parfois les mêmes participants, deux jamais et six ne se sont pas prononcés.

Concernant la préparation des ateliers, cinq ne le faisaient pas et estimaient que le travail avait été fait bien en amont. Deux personnes préparaient le matériel utilisé, deux la trame de l'atelier, deux les supports utilisés et une réalisait un travail de recherche personnelle.

Concernant les outils, cinq ont cité implicitement le spéculum et cinq l'ont cité explicitement. Cinq personnes ont cité différents supports de lecture féministe. Par deux fois ont été cités le miroir, la lampe torche, la « chatte en mousse », le corps et la parole. Par une fois ont été cités le paravent, des feutres, des préservatifs, le lubrifiant, les draps et les planches anatomiques.

Globalement, les enquêtées nous ont décrit la trame des ateliers d'auto-gynécologie de manière similaire. Tout d'abord, il y a un cercle de parole autour de la sphère gynécologique ; puis, l'animatrice procède à son auto-examen avant auto-observation et auto-examen par les participants ; enfin, une dernière discussion sert de retour sur l'expérience. Deux enquêtées organisatrices ont précisé s'attarder sur les problématiques *queer*<sup>10</sup> et deux autres sur l'histoire de l'auto-gynécologie.

Faustine 3 : « *Et et... on a déroulé voilà, on a un déroulé un petit peu type [...] Du coup il y a ce temps-là où c'est un temps plus discussion anatomique et pour se mettre à l'aise sur de quoi on parle [...] Et puis après il y a un temps d'auto-examen [...] et après on fait un débriefing collectif.* »

Klaudia 4 : « *c'est d'abord un échange entre toutes les femmes qui sont là, et une présentation et cetera et puis moi j'aime bien vraiment commencer par la connaissance de son corps [...] et puis alors j'explique aussi comment ça va se passer donc le déroulé mais après je leur demande quels seraient les freins de chacune quoi et donc chacune dise voilà dit pourquoi elle est venue [...] c'est moi qui commence et qui leur montre et et puis après je les laisse faire [...] à un moment donné à la fin on on se remet en cercle et donc chacune dépose un peu comment elle l'a vécu et comment comment elle se sent maintenant* »

Toutes ont décrit la transmission des savoirs comme horizontale. L'une de nos enquêtées souligne que « *dans un atelier d'auto-gynécologie* », il n'y a pas « *des sachantes et des gens qui sont là pour boire le savoir, [...] tout le monde est censé contribuer.* » (D14).

---

<sup>10</sup> « Se dit d'une personne dont l'orientation ou l'identité sexuelle ne correspond pas au modèle social hétéronormé. » Déf. Larousse.

#### 4. Sources mobilisées

Deux enquêtées ont cité comme source principale d'information leur expérience professionnelle en tant que sage-femme, tout en insistant sur le fait qu'elles n'imposaient pas de hiérarchie dans les ateliers qu'elles organisaient. Sur ce sujet, Faustine déclare « *je viens pas en tant que sage-femme, [...] je vais vraiment en tant que personne participante, comme les autres* » (F4) et Anne ajoute « *OK j'ai une étiquette de sage-femme donc je peux amener des choses, mais l'idée c'est pas du tout que ce soit moi qui transmette, [il faut] que ça soit vraiment une discussion.* » (A7).

Quatre enquêtées ont cité leur expérience dans les ateliers d'auto-gynécologie, deux ont cité des sources académiques et deux des ouvrages médicaux, deux ont cité des sources alternatives (podcasts, brochures), deux ont cité les réseaux sociaux. Parmi les auteurs cités de nom, quatre de nos enquêtées ont évoqué Rina Nissim, et deux ont évoqué Martin Winckler. Également, six enquêtées ont cité des ouvrages féministes, trois ont cité les soignants et trois ont cité des associations féministes.

Parmi ces sources, certaines ont été décrites comme particulièrement importantes dans la construction des savoirs gynécologiques. Par une fois ont été cités dans ce cadre Rina Nissim et Martin Winckler ainsi que la vulgarisation et les réseaux sociaux. Trois enquêtées ont insisté sur le partage d'expérience empirique, et deux ont souligné l'importance de sources accessibles. Enfin, deux entraînent dans une démarche de croisement des sources et cinq ne hiérarchisaient pas leurs sources.

#### 5. Attentes, apports et impacts

Parmi les attentes qu'elles avaient en participant à des ateliers d'auto-gynécologie, la moitié des enquêtées ont cité l'autonomie et l'*empowerment*, la moitié ont évoqué la réappropriation des savoirs, quatre ont parlé de la réappropriation de leur corps et, enfin, une enquêtée a cité l'éducation au consentement.

Gisèle 17 : « *Pouvoir répondre à des questions par moi-même, pouvoir connaître mon corps, pouvoir l'appriivoiser, pouvoir lui dire que, que il est OK.* »

Concernant l'apport de l'expérience collective propre à ces ateliers, la moitié des enquêtées ont décrit un état de « reliance », deux ont parlé d'*empowerment* et trois ont évoqué un enrichissement commun.

Gisèle 6 : « *C'est pour ça que du coup j'avais aussi pour des ateliers collectifs, parce que j'ai pas envie de me sentir seule dans tout ça.* »

Hélène 7 : « *Je me sens aussi autonome dans ça et, et c'est vraiment une posture ; par exemple la prochaine fois que je vais aller chez la gynéco et je me dis bah en fait je sais quoi lui demander, je me sens aussi légitime de dire non si elle me propose des choses, là où avant je me sentais vraiment dépossédée de moi, de mon corps, du savoir et tout ça.* »

Concernant l'impact des ateliers d'auto-gynécologie, ont été cités une plus grande autonomisation dans son suivi médical et gynécologique ainsi qu'une meilleure inscription dans la démarche de soin, un renforcement de l'*empowerment* et une amélioration de la connaissance et de la conscience de soi.

Isabelle 26 : « *La conscience elle redonne de l'espace je trouve dans... appréhender les problèmes et les émotions qui nous traversent.* »

Hélène 8 : « *ça a été comme un changement de paradigme [...], un changement de posture [...] et en fait ça a impacté le reste de ma vie.* »

## **6. Parcours gynécologique**

Dans mon échantillon, la moyenne d'âge de la première consultation chez le gynécologue est de 18,7 ans – les résultats variant entre 15 et 25 ans. Pour quatre enquêtées, l'entrée dans le suivi gynécologique s'est faite par le biais de leur mère, une par le biais d'une amie et deux y sont allées seules. L'objet de la première consultation concernait pour deux enquêtées la contraception, une le vaginisme, une le syndrome des ovaires polykystiques et une le dépistage du cancer du col de l'utérus.

La majorité des enquêtées sont toujours suivies gynécologiquement, deux le sont moins régulièrement. Pour trois d'entre elles, l'objet du suivi concerne les dépistages des infections sexuellement transmissibles et du cancer du col de l'utérus. La majorité des enquêtées rapportent se tourner plus facilement vers une sage-femme qu'un gynécologue.

Barbara 15 : « Depuis mes 20 ans [...] je ne vais plus voir de gynécos, seulement des sages-femmes – et [...] plus aucune sage-femme, par exemple ne m'a mis de spéculum, c'est toujours moi qui fait, je suis ma propre actrice en fait avec les sages-femmes. »

Faustine 14 : « J'ai pas eu de suivi gynéco [...] c'est un suivi sage-femme du coup, c'est ma collègue sage-femme à 25 ans qui m'a fait mon frottis. »

Jeanne 8 : « Gynéco pas forcément parce que c'est plus compliqué j'trouve, le rapport est moins... moins évident qu'avec les sages-femmes pour le coup [...] t'y vas parce que justement tu recherches de la bienveillance et tu cherches de l'écoute, de la patience, [...] t'as pas besoin d'une réponse médicale ou en tout cas pas que besoin d'une réponse médicale. »

Pour les enquêtées ayant noté une rupture avec le suivi gynécologique institutionnel, trois ont évoqué des violences gynécologiques subies, deux une perte de confiance envers le corps médical, deux un désir d'autonomie et une souhaitait entrer dans une démarche plus collective et féministe du suivi gynécologique.

Hélène 9 : « Je sens que dans le cas d'un syndrome des ovaires polykystiques [...] je dois reprendre un suivi mais c'est vrai que c'est pas évident en fait, [...] et donc [...] heureusement que je me prends en charge et que je me fais accompagner par d'autres personnes aussi parce que si je mettais tout dans les mains des gynécos [...] je pourrais toujours attendre. »

Gisèle 14 : « C'est elle qui s'est rendue compte en fait pour le vaginisme et qui m'a envoyée chez la sage-femme [...] je suis in awe des sages-femmes honnêtement je les adore »

## **7. Rapport à la médecine**

Deux enquêtées faisaient toujours confiance à la médecine conventionnelle mais ne se tournaient pas vers elle en premier recours.

Gisèle 20 : « La médecine traditionnelle j'imagine je suis pas contre mais je suis pas non plus en mode « Ah je vais d'office avoir recours à ça » »

Hélène 22 : « *J'y vais quand je ressens le besoin mais c'est pas du tout un automatisme.*  
»

Deux enquêtées entraient dans une démarche de quête de soignants bienveillants. Pour ce faire, elles ont créé une liste « *qui conseille des praticiens et des praticiennes qui ont des bonnes pratiques en gynécologie* » (D9).

Parmi les enquêtées seulement une ne se tournait pas vers des pratiques alternatives à la médecine conventionnelle. La moitié utilisait la phytothérapie, quatre la naturopathie, trois l'homéopathie et la médecine traditionnelle chinoise.

## **8. Perspectives**

La moitié des enquêtées souhaitent participer ou organiser plus d'ateliers d'auto-gynécologie. Par une fois ont été évoqués les désirs d'un suivi gynécologique sous forme collective, la réalisation d'atelier à domicile, l'intégration à des associations ou encore intégrer les pratiques d'auto-gynécologie dans sa pratique professionnelle.

Gisèle 15 : « *Oh je recherche activement [...] via Facebook ou les réseaux sociaux enfin ou les sites internet genre s'il y a des endroits où je peux avoir ça, beaucoup de bouche-à-oreille aussi [...] même honnêtement si je pouvais avoir un atelier self-help par mois au minimum moi je dirais oui quoi mais vraiment !* »

Faustine 7 : « *Et c'est un de mes objectifs pour l'avenir, là c'est d'essayer de croiser plus ce qui peut se passer dans les milieux féministes, ce qui se passe pas du tout dans le milieu professionnel. Mais j'aimerais beaucoup réussir à créer des trucs beaucoup plus collectifs pour les femmes parce qu'il y a plein de moments où ça sera beaucoup plus riche que d'avoir juste une femme en consultation.* »

La majorité des enquêtées pensaient que l'auto-gynécologie pourrait avoir sa place dans le suivi gynécologique classique, deux ont émis des réserves.

Diane 15 : « *Cette gynécologie moderne elle est a pour but de contrôler le corps des femmes, c'est son essence, en fait, et donc évidemment que l'auto-gynécologie*

*se pose en opposition totale, d'un point de vue féministe » ; « Ça veut pas dire que des gynécologues ne peuvent pas apporter des pratiques d'auto-gynécologie dans leurs pratiques, enfin des pratiques qui viennent de l'auto-gynécologie. »*

*Barbara 18 : « C'est comment les femmes et les personnes concernées se réapproprient des espaces qui ne soient pas dans l'enceinte médicale parce que pour moi ça c'est important en fait de rendre au corps un espace libre non médicalisé. On a besoin de dépathologiser encore une fois, et les espaces de self-help ils se trouvent à ces enjeux-là. »*

## DISCUSSION

Notre sujet de recherche a pour problématique « **En quoi l’auto-gynécologie permet aux usagères de développer une expertise d’elles-mêmes et interroge les pratiques des professionnels de santé ?** ». Dans la discussion qui suit, nous nous efforcerons d’y répondre à travers les thématiques qui ont émergé de l’enquête.

### **1. Organisation des ateliers d’auto-gynécologie**

#### *1. L’héritage des années 1970*

Dans notre revue de la littérature, nous avons exposé l’historique de l’émergence de l’auto-gynécologie et la forme qu’elle a prise dans les années 1970. Nous remarquons que certaines enquêtées font ce lien historique également, ce qui témoigne de l’inspiration directe qu’elles puisent de ce mouvement des années 1970. Celles qui soulignent cet héritage ont un capital militant très fort et font partie des plus expérimentées dans la pratique de l’auto-gynécologie.

Barbara 6 : « *Aussi j’aime bien rappeler le **contexte historique*** »

Par ailleurs, 8 sur 10 enquêtées sont des organisatrices d’atelier d’auto-gynécologie. D’après nos connaissances sociologiques, nous pouvons émettre quelques hypothèses concernant ce résultat : les usagères les moins expérimentées pourraient se sentir moins légitimes à parler de leur expérience dans le cadre d’un travail de recherche, ce qui laisse penser que les organisatrices d’ateliers détiennent toujours un statut d’expertes et qu’il existe donc une hiérarchie dans ces groupes malgré leur volonté d’horizontalité.

#### *2. Une expérience collective*

Comme nous avons pu le constater dans nos résultats, la trame globale des ateliers d’auto-gynécologie est assez linéaire et simple. Premièrement un moment de partage collectif de la parole, puis le spectaculaire auto-examen et enfin un retour d’expérience, collectif également. Ce désir d’une expérience collective et d’une transmission des savoirs horizontale est exprimé par la grande, si ce n’est la totalité, de nos enquêtées. En

effet, le partage expérientiel, le partage de savoirs, une démarche collective de découverte de son corps et la conscience de celui-ci sont constitutifs de la démarche d'auto-gynécologie. Cela traduit, en effet, une volonté forte d'*empowerment*.

Faustine 8 : « *En fait, ce qui me frappe à chaque fois aussi, [...] c'est très très simple à mettre en place quoi ça demande rien* » »

Hélène 14 : « *quand ce genre d'expérience est partagée c'est d'autant plus fort en prise de conscience, [...] ça donne un sentiment de reliance [...] sentir qu'on n'est pas seule et que et qu'en plus on est nombreuses à cheminer vers la même direction, ça donne de l'espoir.* »

Il est possible de répondre donc à notre deuxième hypothèse :

« *Les usagères développent une bonne expertise de soi grâce à la combinaison d'une démarche d'investigation individuelle puis mise en commun lors d'expériences collectives de la gynécologie (auto-examens en groupe, partage de savoirs empiriques)* ».

La seconde partie de l'hypothèse est vérifiée, en effet, la démarche collective contribue énormément au développement d'une bonne expertise de soi. Le fait de partager un moment intime, puissant – voire révolutionnaire – permet de lier des savoirs à une expérience et marque une empreinte sur les usagères. Cependant, la démarche d'investigation individuelle reste marginale. En effet, l'atelier d'auto-gynécologie constitue un moment hors temps et est suffisamment impactant pour créer une expertise de soi.

Hélène 3 : « *C'était très fort en fait je pensais pas que ça allait être aussi puissant et aussi finalement perturbant, [...] en fait d'utiliser un spéculum, de regarder, de voir mon col de l'utérus, moi j'en garde vraiment un souvenir hyper émouvant et un sentiment d'empuissancement [...] je me suis dit comment ça ce fait que ça me soit jamais venu à l'esprit quoi* »

Par ailleurs, cet extrait illustre bien une donnée qui est souvent revenue : les enquêtées s'étonnent de ne pas s'être « saisies » de leur corps spontanément, comme si l'intime était distant ou sans intérêt. Comme nous avons pu l'évoquer dans notre revue de

la littérature – et sans émettre de certitudes – ce phénomène est peut-être lié à la dépossession des corps et des savoirs de la santé des femmes.

Cela est d'autant plus vrai que cet impact agit de manière très directe et concrète dans la vie des usagères, comme le remarque cette enquêtée ayant une conscience militante forte qui fait le parallèle avec des mouvements sociaux moins engageants :

Élisa 21 : « *un aspect que j'ai beaucoup aimé directement c'est que ça avait un impact sur ma vie tout de suite* »

### 3. *Le savoir expérientiel*

En s'attardant sur le concept de savoir expérientiel ou empirique, nous remarquons qu'il est souvent mis à la marge puisqu'il est difficile d'en définir les limites tant il fait partie du quotidien et ayant peu de poids face aux savoirs biomédicaux et techniques. Cependant, cette expertise de soi est tout de même reconnue, dans quelques pans du milieu médical, comme les *patients experts* ou *patients ressources* (53). Ceux-ci constituent une source précieuse pour les professionnels de santé puisque la construction des savoirs est alors multiple.

Actuellement, le poids que constitue l'*evidence based medicine*<sup>11</sup> dans la pratique clinique est important. Cependant, cette expertise scientifique présente des limites tant dans sa production que son application. En effet, la vérité statistique ne prend pas en compte le savoir expérientiel des patients. Cela est d'autant plus vrai que l'expert scientifique est cantonné à son domaine d'expertise biomédicale et n'intègre pas forcément dans sa pratique du soin de réflexions propres aux domaines de la psychologie, de la sociologie ou de santé publique ce qui ne permet pas de répondre aux problématiques dans leur entièreté.

Par ailleurs, dans une de nos hypothèses nous nous interrogeons sur la construction des savoirs :

« *Les moyens utilisés par les usagères de l'auto-gynécologie pour récolter des informations sont hétérogènes dans leur fiabilité et leur pertinence.* »

---

<sup>11</sup> « L'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient, [...] une pratique d'intégration de chaque expertise clinique aux meilleures données cliniques externes issues de recherches systématiques » Sackett DL & al., « Evidence based medicine: what it is and what it isn't », *BMJ*, vol. 312, no 7023, janvier 1996, p. 71–2

Nous avons remarqué, dans nos résultats, une tendance à la lecture de littérature féministe et alternative. En effet, cela correspond à l’empreinte féministe que porte l’auto-gynécologie. Généralement, les enquêtées cherchaient également à diversifier leurs sources et s’intéressaient à la littérature scientifique vulgarisée. Il est peut-être difficile, sans avoir un bagage de formation, de s’attaquer à des références scientifiques « brutes » comme les recommandations publiées par les sociétés savantes qui sont validées sur le plan scientifique.

Il est donc possible de conclure que les enquêtées ont des moyens de récolte d’information assez homogènes dans leur fiabilité et leur pertinence. Notre hypothèse initiale n’est donc pas validée. Nous pouvons observer cette relative homogénéité des sources à travers la comparaison d’un certain nombre d’extraits d’entretien :

Klaudia 9 : « *parfois il y a une différence entre le savoir chaud et le savoir froid [...] en tout cas, j’accorde de l’importance à tout ce qui nous permet de nous réapproprier nos corps et de manière facile et pas médical incompréhensible quoi.* »

Diane 6 : « *bah de toute façon pour préparer un atelier d’auto-gynécologie c’est mieux d’amener [...] des ressources féministes parce que c’est une pratique politique* »

Élisa 7 : « *Le partage d’expériences, la parole des autres [...] l’échange, la discussion [...] on pouvait se référer aussi à des ouvrages comme Notre corps, Nous-mêmes.* »

Gisèle 12 : « *Alors que je suis hyper académique [...] je préfère un truc qui a été vulgarisé mais qui reste quand même scientifique évidemment* »

#### 4. Un espace « safe »

Concernant l’organisation concrète des ateliers d’auto-gynécologie, nous remarquons que la question de l’espace est également discutée. En effet, la prise en compte de l’intimité est prégnante, ce qui correspond à la philosophie de l’auto-gynécologie qui tient la bienveillance au centre de ses pratiques. Nous notons donc l’attention particulière accordée aux aménagements de l’atelier comme, par exemple,

l'utilisation de paravents, de draps, de jupes, etc. Nous avons également observé une attention particulière au consentement comme, par exemple, la proposition d'alternatives à l'auto-examen. La création « d'*espaces safe* » semble essentielle à la pratique d'auto-gynécologie. Ce terme est d'ailleurs souvent revenu en entretien, comme avec Barbara (B3) ou encore Diane (D4). L'espace *safe* permet en effet de pouvoir assurer un lien de confiance là où des sujets lourds en émotions sont abordés. Que cet espace soit le terreau de l'autonomisation, un rempart aux violences sexistes ou gynécologiques ou encore une matérialisation du lien qui unit ses usagères, le respect, la confiance, le consentement et la bienveillance sont une évidence comme nos enquêtées le soulignent. Klaudia déclare ainsi : « *On se réapproprie cet outil-là [la gynécologie] de manière collective tout en respectant complètement l'intimité de chacune.* » (K4).

## **2. La possibilité d'une auto-gynécologie**

### **1. *Le féminisme et les facteurs de standardisation des ateliers***

En analysant les résultats obtenus, il est impossible de ne pas voir l'impact que le féminisme a sur la pratique de l'auto-gynécologie. Que la prise de conscience féministe soit le résultat de violences sexistes, d'un héritage familial ou d'une réflexion globale anticapitaliste, elle représente un facteur qui rend possible l'auto-gynécologie.

#### *1. Le capital culturel*

Dans les résultats, nous avons remarqué une forme de standardisation des ateliers d'auto-gynécologie. Comme facteur de cette standardisation, il est possible de citer, comme nous venons de l'évoquer, le féminisme qui amène à connaître les groupes d'auto-gynécologie des années 1970. Cela soulève le fait qu'un capital culturel important est présent. Comme nous l'avons précédemment évoqué la culture féministe est bien connue des usagères de l'auto-gynécologie. En effet, nous remarquons qu'il y a d'abord une conscience féministe qui se forme puis, sur ce chemin, l'auto-gynécologie qui apparaît comme une suite logique de cette réflexion. Plusieurs de nos enquêtées affirment cela : Diane affirme que « *c'est plutôt [son] féminisme qui a influencé les pratiques d'auto-gynécologie.* » (D16) ; Élisabeth dit qu'elle a été « *amenée* » à l'auto-gynécologie par « *le féminisme* » (E17) et Faustine va même jusqu'à déclarer que « *Chronologiquement, le*

*féminisme est arrivé avant l'auto-examen. [...] Et s'il y avait pas eu de féminisme je serais pas arrivée à l'auto-examen. » (F19).*

## 2. *Des sources communes*

Comme autre facteur de standardisation des ateliers d'auto-gynécologie, nous pouvons souligner le lien fait avec d'autres féministes par le phénomène de bouche-à-oreille, le partage par les réseaux militants formels et informels, par exemple par le biais d'internet, le cercle amical ou militant. Nous remarquons parfois même des usagères qui se forment entre elles. Cela a comme conséquence un partage des savoirs uniformisé, par exemple de nombreuses enquêtées ont cité Martin Winckler, Rina Nissim, *Notre corps*, *Nous-mêmes* et d'autres références alternatives.

## 3. *Les pratiques alternatives*

Nous avons également souligné dans nos résultats que la majorité des enquêtées avaient d'autres pratiques de soin alternatives comme la phytothérapie, la naturopathie etc. Cela pourrait entrer en compte dans le phénomène de standardisation des ateliers d'auto-gynécologie. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une réflexion commune des usagères face à la médecine traditionnelle les mènent à développer des pratiques alternatives, qu'elles soient de l'ordre de la médecine alternative ou de l'auto-gynécologie. Cette remise en question de la médecine est une donnée très intéressante puisqu'elle montre que la prise de conscience globale de nos enquêtées sur leur place en tant que femme dans une société patriarcale s'étend jusqu'au domaine de la santé. En effet, là où ce système de domination cherche à aliéner les femmes en les dépossédant de leur agentivité, nos enquêtées tentent, par cette remise en question, à redevenir sujets d'elles-mêmes, ou « *actrice[s] de [leur] corps* » (A21).

## 2. *Une auto-gynécologie inclusive ?*

Il est intéressant de remarquer que notre échantillon était entièrement constitué de femmes cisgenres ou non binaire assigné·e femme à la naissance. Or, les personnes

transgenres pourraient profiter des bienfaits de l'auto-gynécologie, qu'elles soient féminines ou masculines et qu'elles aient transitionné médicalement ou non. Cependant, les personnes trans font des groupes d'auto-support dans lesquels il y a des dimensions d'auto-gynécologie, cela expliquerait que nous ne les ayons pas retrouvés dans notre recherche.

Nos résultats montrent qu'outre une simple observation et appréhension de l'appareil génital dit « féminin », l'auto-gynécologie est avant tout centrée sur la réappropriation des corps de personnes dépossédées de celui-ci. Plusieurs de nos enquêtées ont souligné qu'elles regrettaient ce manque d'inclusion des personnes transgenres au sein des ateliers d'auto-gynécologie, mais aussi des personnes racisées et *queers*. Diane, femme cis-genre lesbienne ayant une sensibilité particulière au féminisme intersectionnel, l'a plus particulièrement relevé dans son entretien.

Diane 17 : « *Et je dirais aussi que j'aimerais ajouter que l'auto-gynécologie moi mon problème c'est que aujourd'hui je trouve que c'est beaucoup des des femmes blanches cis-genre, qui vont vers l'auto-gynécologie et nous ça nous a posé problème dans les dans le collectif qu'on avait parce que on voyait que les personnes qui se sentaient plus à l'aise pour venir c'était des femmes qu'une je dirais venant de la classe moyenne, blanches avec un certain capital culturel [...] il y a toute une question de savoir comment on fait des ateliers qui peuvent être inclusifs* »

Ce défaut d'inclusion est, selon nous, dû à l'image essentialiste et biologisante qu'a l'auto-gynécologie. En effet, cette pratique s'inscrit dans un féminisme très centré sur le corps, et qui a tendance à représenter les femmes comme ayant certains attributs déterminés en opposition à ceux des hommes. Concernant le manque de représentation de personnes racisées et *queers*, nous pouvons émettre l'hypothèse que les personnes racisées et les personnes transgenres militent dans d'autres groupes d'auto-supports. Dans nos pratiques de soin tout comme dans la pratique alternative de l'auto-gynécologie, il est nécessaire de transformer cette représentation afin de pouvoir soigner au mieux chaque patient, peu importe son sexe, son genre, sa classe ou sa « race ».

Isabelle 23 : « *il y a je trouve un espèce de truc d'opposition féminisme matérialiste et féminisme essentialiste [...] si on revient à l'intime est politique, le corps il fait partie de l'intime et il est le marqueur de plein d'oppressions et du*

*coup il faut qu'on puisse aussi se débarrasser physiquement de ces oppressions-là »*

L'attention que porte néanmoins les praticiennes de l'auto-gynécologie à la question de l'inclusivité est symptomatique de leur positionnement politique. Loin d'appliquer simplement les pratiques des années 1970, ces dernières sont interrogées et reconfigurées par les questionnements du féminisme contemporain.

### **3. Repenser le suivi gynécologique à l'aune de l'auto-gynécologie**

#### *1. Une désillusion du suivi gynécologique*

##### *1. Des questions sans réponses*

Dans notre revue de la littérature, nous avons évoqué la particularité d'une consultation gynécologique. Celle-ci constitue une instance de socialisation puisqu'un phénomène de socialisation mutuelle entre le soignant et la soignée s'y opère. C'est également un espace ambigu, dans le sens où il est producteur de connaissances mais aussi d'ignorances. Plusieurs de nos enquêtées l'ont relevé, en regrettant le fait de ne pas « [avoir] de réponse à [leurs] questions. » (B19) durant leurs consultations gynécologiques.

*Élisa 17 : « ils ont fait des grandes études, mais en fait y'a beaucoup de choses qu'ils savent pas [...] y'avait plein de questions que je me posais et que je posais [...] qui en fait était pas résolu par les gynécologues classiques »*

##### *2. Une prise en charge ne répondant pas aux attentes des soignées*

Qu'il s'agisse de la communauté médicale en général ou bien de la gynécologie, plusieurs enquêtées ont rapporté un sentiment, parfois même un vécu, de violence à leur égard, un manque de prise en compte de « l'humain ». Cela a, en effet, contribué à la volonté de s'écarter du système médical.

Barbara 19 : « *je trouvais pas que l'espace gynécologique était un espace safe pour moi dans lequel je je pouvais parler vraiment de de mes problèmes sans être jugée* »

Diane 9 : « *je me retrouve face à des gens hyper **violents** par rapport au fait que à l'époque j'étais en couple hétérosexuel et du coup j'avais une contraception, des personnes qui avaient des propos insultants, qui faisaient des commentaires sur mon corps, qui me forçaient à me mettre entièrement toute nue* »

Elisa 12 : « *je trouve que la communauté médicale est globalement très **violente** à l'égard du sexe des femmes* »

Hélène 12 : « *ça ne me convient pas ce type d'accompagnement [...] c'est froid, c'est distant **peu de prise en compte de de l'humain*** »

Jeanne 11 : « *j'ai vécu quelques sessions vraiment de **maltraitance médicale**, pas forcément gynéco mais maltraitance, qui font que je suis vraiment moins bien disposée envers le corps médical et je suis plus... mesurée.* »

### 3. *Le glissement de la profession de gynécologue à celle de sage-femme*

Nous remarquons également que la majorité des enquêtées consultent toujours un professionnel de santé pour leur suivi gynécologique. Hormis celles qui ont une pathologie chronique ou celles ayant une bonne relation avec leur gynécologue, toutes se dirigent vers les sages-femmes. En effet, comme cité précédemment et évoqué dans notre revue de la littérature, la socialisation genrée de la fonction de soin et du travail de *care*, la proximité avec les femmes et l'attribution sociale de la qualité de maternage font que les sages-femmes se retrouvent entre profanes et professionnelles. Cela est d'autant plus vrai que les sages-femmes sont au cœur des problématiques abordées dans le cadre de l'auto-gynécologie : dans la formation et la pratique de la maïeutique, les sujets abordés

sont matérialisés sous leurs yeux. Par ailleurs, Anne et Faustine sont des sages-femmes, elles-mêmes organisatrices d'ateliers d'auto-gynécologie. Ce qui est une donnée intéressante dans le sens où la représentation de sages-femmes dans ce milieu alternatif les place entre profanes et professionnelles. Nous pouvons aussi relever que le suivi gynécologique est globalement un suivi de prévention, de fait il y a une ambiguïté qui se crée entre le pathologique et la prévention. D'autant plus qu'il y a un manque d'information sur le fait qu'une consultation gynécologique n'oblige pas forcément un examen gynécologique, il y a donc une méconnaissance des différentes pratiques gynécologiques.

Hélène 12 : *« j'ai su aussi que par exemple des sages-femmes pouvaient faire un suivi gynéco et je me suis dit bah si j'aurais su ça plutôt sans doute que ça serait passé plus dans la **douceur** et donc plus dans **l'humain** et ça m'aurait mieux convenu »*

Jeanne 10 : *« Mais là je te dis la prochaine fois c'est une sage-femme parce que j'avais envie d'un suivi un peu plus **chill** »*

Nous pouvons donc répondre à l'une de nos hypothèses :

*« **À terme, les usagères de l'auto-gynécologie seraient plus enclines à considérer une partie de la communauté médicale en tant que partenaire.** »*

En effet, comme nous l'avons précédemment évoqué, notre étude met en lumière un possible partenariat avec les sages-femmes, que ce soit dans l'espace médical ou alternatif. Aussi, par la création de liste de professionnels « safe » il y a une recherche de dialogue avec la communauté médicale.

Jeanne 8 : *« **j'aimerais assez bien bosser avec des sages-femmes [...] ce serait intéressant de partir de ce qu'elles, elles entendent sur quels seraient les besoins, de quoi ont besoin en fait les patientes/patients, qu'est-ce qui serait intéressant [...] je trouve que c'est deux volets qui se complètent très bien en fait la santé communautaire.** »*

## 2. *La recherche d'autonomie*

### 1. *Quelle conception de l'autonomie ?*

Le fait que nos enquêtées poursuivent un suivi gynécologique classique alors qu'elles clament leur volonté d'autonomie semble *a priori* étonnant. Cette dichotomie nous a permis de réfléchir à la conception de l'autonomie que souhaitaient acquérir les usagères de l'auto-gynécologie.

La revue de littérature de l'OMS « Quelles sont les preuves de l'efficacité de l'*empowerment* pour améliorer la santé » datant de 2006, souligne l'importance et l'impact positif de l'autonomisation sur la santé. Les stratégies d'*empowerment* les plus efficaces sont celles « *qui reposent sur une participation authentique et renforcent cette dernière, en assurant l'autonomie en matière de prise de décision, en donnant le sentiment de faire partie d'une communauté, en établissant des liens au niveau local et en réalisant l'autonomisation psychologique des membres de la communauté elles-mêmes.* » (54). L'autonomie ou *empowerment* recherché par les enquêtées correspond aux résultats précités.

Au lieu de chercher une autonomie totale, les enquêtées semblent plutôt chercher à se réapproprier leur corps pour avoir les clés de compréhension, voire de défense, nécessaires à l'examen médical gynécologique. L'autonomie recherchée concerne plus spécifiquement le corps en lui-même et le pouvoir qu'elles ont sur celui-ci tout en restant dans une démarche collective, ce qui fait partie des stratégies efficaces d'*empowerment*. L'auto-gynécologie a donc peu d'intérêt si elle est isolée de la démarche collective. En étant actrices de leur santé, cela renforce d'autant plus leur *empowerment*. De plus, l'impact des ateliers collectifs dépasse le champ de la santé gynécologique, comme le souligne Barbara, organisatrice et usagère d'auto-gynécologie depuis de nombreuses années.

Barbara 14 : « *L'auto-gynéco ça m'a apporté... une **autonomie** et du coup ça a **impacté tout**, beaucoup de d'autres sphères de de ma vie la sphère intime, la sphère du couple, la sphère de ma confiance en moi enfin en tout cas ça ça a des impacts sur plein d'autres aspects de ma vie, pas seulement la santé gynécologique.* »

Aussi, nos enquêtées semblent plus réflexives sur leur suivi gynécologique. Elles nous ont donc pour la plupart souligné la nécessité de consulter un soignant pour les dépistages et pathologies, tout en réfutant les injonctions aux consultations gynécologiques incessantes dans les cas où ces procédures ne s'appliquaient pas.

Néanmoins, nous avons également entendu, en minorité, des enquêtées nous dire qu'elles ne jugeaient pas les dépistages nécessaires. Cette désinformation témoigne de la nécessité de développer une médecine classique plus bienveillante. Actuellement, l'empreinte sexiste laissée sur la médecine peut constituer un frein au dialogue entre soignée et soignant, il s'agit donc de composer avec de nouvelles réflexions.

## 2. *L'auto-gynécologie dans la gynécologie classique*

Nous avons vu que certains segments de la communauté médicale peuvent devenir des ressources dans l'appropriation des savoirs et des pratiques gynécologiques. Par ailleurs, la loi Kouchner de 2002, relative aux droits des malades à la qualité du Système de Santé et au droit à la protection de la santé prévoit que le patient doit avoir un consentement libre et éclairé des actes et traitements qui lui sont proposés. La réflexion autour du consentement fait partie de la formation initiale des sages-femmes. Certaines de nos enquêtées ont proposé d'intégrer des pratiques d'auto-gynécologie dans la formation initiale des professionnels de santé dans le but de rééquilibrer les rapports.

Faustine 8 : *« j'ai une copine qui est sage-femme américaine, franco-américaine, et elle m'a dit « bah pendant nos études on s'examinait notre col, on partageait aussi physiquement en fait » et avant de s'entraîner sur des patientes lambda, elles se sont entraînées sur elles quoi. »*

Pour faire le lien avec la précédente citation, Jeanne explique :

Jeanne 9 : *« je pense qu'y a aussi un côté de soi, se mettre un petit peu a la place de ou **se mettre un peu en jeu** [...] le fait d'être dans une position ou toi t'es a la merci d'un soignant ou d'un sachant bah peut-être ça peut t'aider à comprendre que ben il faut être un peu plus **égalitaire dans le rapport** et que ça peut être très très mal vécu »*

Jeanne 9 : « *faire un volet dans le parcours gynéco de formation, un volet la-dessus sur l'**auto-gynéco**, l'**histoire** de l'auto-gynéco, quitte à faire un **atelier** d'auto-gynéco.* »

Anne 23 : « *limite j'aimerais que les gynéco aient une **formation** de pouvoir en discuter, de pouvoir... qu'ils descendent un peu de leur piédestal* »

D'autres enquêtées font la suggestion d'intégrer des pratiques d'auto-gynécologie dans le cadre de consultations, comme Anne, sage-femme de formation :

Anne 23 : « *j'aimerais que gynéco et les sages-femmes qu'on consulte pour des consultations gynéco proposent déjà que la personne **mette le spéculum elle-même**, propose de de d'avoir un **miroir** toujours à côté du de du lit d'examen [...] et de dire « bah en fait sache que là je t'observe je peux te montrer comment ça fonctionne mais que tu peux le faire aussi chez toi » de vraiment **avoir une part d'éducation** dans la dans la consultation gynéco »*

Par ailleurs, le conseil national de l'ordre des sages-femmes lance une campagne à partir de mai 2022 #SantéPourToutes, qui propose une réflexion autour des pratiques gynécologiques et soulève le manque de moyens alloué aux sages-femmes pour y contribuer (55).

Diane 15 : « *de proposer que par exemple, que la personne puisse **s'auto-observer** dans le cabinet, ou alors faire un **auto-prélèvement**, proposer de regarder avec un **miroir** ensemble les symptômes [...] ça instaure un **espace de confiance**, de **partage** et **d'autonomisation** des patientes et des patients qui ne peuvent qu'être bénéfiques et après le l'espace d'auto-gynécologie où on partage des expériences et nos violences c'est forcément hors du médical.* »

Comme le remarque Diane, l'intégration des pratiques d'auto-gynécologie dans la gynécologie classique a un impact positif sur la santé gynécologique mais elle insiste sur le fait que l'espace alternatif et non médicalisé doit rester entre les mains des profanes, tout comme le remarque Barbara :

Barbara 18 : « *je trouve que c'est une vigilance à prendre à ce que le self-help reste dans **le domaine du non médical** justement [...] parce que je vois beaucoup de plus en plus de sage-femme qui proposent aussi du self-help et je trouve important de pas s'approprier cette histoire du self-help, l'histoire du self-help elle est **entre personnes non médicales** et c'est ça aussi qui fait la **puissance** du self-help, c'est comment les femmes et les personnes concernées se réapproprient des espaces qui ne soient pas dans l'enceinte médicale »*

Par ailleurs, plusieurs enquêtées ont évoqué le développement d'un suivi gynécologique collectif, dans la même démarche que l'OMS préconise.

Faustine 7 : « *Et c'est un de mes objectifs pour l'avenir, là c'est d'essayer de **croiser** plus ce qui peut se passer dans les **milieux féministes**, ce qui se passe pas du tout dans le **milieu professionnel**. Mais j'aimerais beaucoup réussir à créer des trucs beaucoup plus **collectifs** pour les femmes parce qu'il y a plein de moments où ça sera beaucoup plus **riche** que d'avoir juste une femme en consultation. »*

Toutes ces implications pourraient rendre le suivi gynécologique moins asymétrique dans le rapport soignée/soignant. Toutefois, il faudrait revaloriser les cotations des consultations sages-femmes ou créer une nouvelle cotation de consultation avec, par exemple, un temps de 45 minutes au lieu de 25 minutes. Cette revalorisation financière prend beaucoup de temps mais cela permettrait d'aborder plus en profondeur les sujets autour de la gynécologie, mais aussi d'étendre ces possibilités aux patientes qui n'ont pas forcément le profil d'usagères de l'auto-gynécologie.

## **4. Forces et limites de l'étude**

### *1. Forces de l'étude*

Le contexte scientifique actuel se tourne vers les recherches en études de genre. Celui-ci irrigue notre choix de sujet de recherche puisqu'il entre dans la lignée des études de genre. À cela s'ajoute un climat féministe assez présent dans la société française lié à la libération de la parole qui a suivi les mouvements *#MeToo*, la remise en question des

pilules contraceptives de troisième et quatrième génération ainsi que l'exposition des violences gynécologiques et obstétricales. Ceux-ci, portés par le numérique représenté par les réseaux sociaux, ont ouvert les portes pour une diffusion des réflexions féministes.

Ce climat général est donc propice à la réalisation de notre recherche et nous a permis de recruter sans difficulté nos enquêtées. Par ailleurs, plusieurs réseaux ont été utilisés pour le recrutement ce qui a permis de recueillir une diversité des pratiques de l'auto-gynécologie.

## 2. *Limites de l'étude*

Premièrement, nous pourrions dénoncer notre biais de sélection. En effet, les enquêtées ont été recrutées sur la base du volontariat et donc intéressées et disponibles pour répondre à l'enquête. Par ailleurs, la mention « étudiante sage-femme » dans le texte de recrutement aurait pu attirer tout particulièrement des personnes ayant une bonne opinion des sages-femmes et *a contrario* aurait pu faire écarter les personnes ayant eu une mauvaise expérience avec le milieu médical. D'autre part, nous aurions pu élargir notre échantillon et le diversifier en publiant notre demande sur des groupes plus spécifiques, dédiées aux personnes non valides, transgenres, racisées, intersexuées ou *queers*.

Ensuite, en tant qu'enquêtrice nous n'avons pas dévoilé nos convictions personnelles pour ne pas influencer les enquêtées. Nous nous sommes efforcées de garder un regard critique dans l'analyse des résultats obtenus. Ce bagage nous a néanmoins servi pour la compréhension de certains concepts et subtilités évoqués par les enquêtées.

Par ailleurs, les conditions de réalisation de l'étude sont particulières. En effet, la crise sanitaire liée au COVID-19 a limité les possibilités d'organisation d'ateliers d'auto-gynécologie ce qui nous a freiné dans le recrutement. D'autant plus que l'auto-gynécologie est un mouvement alternatif et qu'il n'y a aucun groupe actif, à notre connaissance, dans la seine-maritime. Comme conséquence, nous n'avons réalisé aucun entretien en face-à-face, ce qui nous a limitées dans la récolte des données. Cependant, les entretiens étaient longs et riches, ce qui nous a permis de récolter un maximum de données.

## CONCLUSION

Dans ce travail, nous avons mis en évidence l'héritage de l'auto-gynécologie issue des années 1970. Aujourd'hui, ses héritières se sont saisies de ces pratiques pour se réapproprier les savoirs autour de la gynécologie ainsi que leur corps. Cette résurgence se situe dans un contexte global de réflexions féministes qui irrigue l'ensemble de la société française, y compris le système de santé.

La pratique collective de l'auto-gynécologie a un impact positif fort sur ses usagères, tant sur le plan des savoirs acquis que sur l'appréhension de son corps mais aussi plus largement sur sa vie. Ces espaces collectifs posent un cadre bienveillant et sécurisant pour pouvoir aborder des thématiques qui peuvent être chargées émotionnellement. Ainsi, une transmission de savoirs expérientiels devient possible. Notre recherche a montré que la construction des savoirs empreinte de féminisme est pertinente et fiable.

Aussi, cela pousse les praticiens à repenser les pratiques gynécologiques puisque les enquêtées relatent une asymétrie au sein de la consultation de suivi gynécologique. Pour rééquilibrer ce rapport, les professionnels de santé peuvent mettre en place de nouvelles pratiques relativement simples pour fournir des clés de réappropriation du corps. Il est possible de proposer de voir le col de l'utérus lors de l'examen au spéculum, proposer à la patiente de poser elle-même le spéculum, ou la sonde, ou au moins de la guider, lui proposer de réaliser des auto-prélèvements quand ils doivent être réalisés mais aussi proposer l'auto-palpation mammaire en consultation. Dans le respect de la loi Kouchner, une importance particulière au consentement libre et éclairé est primordial puisque cela contribue à la relation de confiance soignant/soignée mais aussi, et surtout, c'est une forme de respect et de collaboration puisque l'importance est de tendre vers une prise en soin adaptée, sécuritaire et validée, qui convient autant à la patiente qu'au praticien. La demande explicite de consentement pour tout acte devrait être la norme. Il serait aussi possible d'imaginer une brochure avec une bibliographie sur l'auto-gynécologie pour les personnes intéressées par ces savoirs et pratiques. En effet, le respect des espaces d'auto-gynécologie non médicalisés n'empêche pas la diffusion plus large de ces pratiques.

## Bibliographie

1. INSERM. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? [Internet]. Salle de presse | Inserm. 2014 [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/la-crise-de-la-pilule-en-france-vers-un-nouveau-modele-contraceptif/12505/>
2. Benton J. Trotula, women's problems, and the professionalization of medicine in the Middle Ages. *Humantities Work Pap.* 1983;98.
3. Hildegarde, Monat P. Les causes et les remèdes. Grenoble: Jérôme Millon; 2015.
4. Federici S Guazzini, Julien, Senonevero. Caliban et la sorcière: femmes, corps et accumulation primitive. 2018.
5. Ehrenreich B, English D, Lane L. Sorcières, sages-femmes et infirmières: une histoire des femmes soignantes. Paris: Cambourakis; 2015. (Sorcières).
6. Rousse-Lacordaire J. P. G. Maxwell-Stuart (éd., trad.), *The Malleus Maleficarum*: Manchester -New York, Manchester University Press, 2007, x-266 p. *Arch Sci Soc Relig.* 31 déc 2011;(156):224.
7. Dorlin E, Scott JW. La matrice de la race: généalogie sexuelle et coloniale de la nation française. Paris: la Découverte; 2009. (La Découverte-poche).
8. SPF. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. [Internet]. [cité 15 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-litteratie-en-sante-un-concept-critique-pour-la-sante-publique>
9. Lagree J. Dictionnaire de la pensée médicale. Paris: Presses universitaires de France; 2004. 1270 p. (Quadrige).
10. Ruault L. À la santé de ces dames ! : penser politiquement un suivi médical : gynécologie et surveillance des corps des femmes. 2011.
11. Élia D. Guide de la femme: bien dans son corps. S. 1.: Marabout; 2000.
12. Beck U, éditeur. La société du risque: sur la voie d'une autre modernité. Paris: Flammarion; 2008. 521 p. (Champs essais).
13. Ménoret M. 13. Femmes sous contrôle : sociologie d'une détection précoce [Internet]. Presses de l'EHESP; 2010 [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/risque-et-pratiques-medicales--9782810900046-page-203.htm>

14. Löwy I. Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? *Trav Genre Soc.* 2005;N° 14(2):89-108.
15. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *Univ Chic Leg Forum* [Internet]. 7 déc 2015;1989(1). Disponible sur: <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
16. Butler JP, Fassin É, Kraus C. *Trouble dans le genre: le féminisme et la subversion de l'identité.* Paris: la Découverte; 2006. (La Découverte-poche).
17. Delphy C. *L'ennemi principal.* 3e éd. Paris: Éditions Syllepse; 2013. (Nouvelles questions féministes).
18. Guillaumin C. *Sexe, race et pratique du pouvoir: l'idée de nature.* Paris: Côté-femmes; 1992. 239 p. (Recherches).
19. Davis K. *The making of Our bodies, ourselves: how feminism travels across borders.* Durham, NC: Duke University Press; 2007. 277 p. (Next wave).
20. OBOS Timeline: 1969-Present [Internet]. *Our Bodies Ourselves.* [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ourbodiesourselves.org/our-story/history/obos-timeline-1969-present/>
21. Cornejo E, Denman C. *Into Our Own Hands: The Women-s Health Movement in the United States, 1969-1990 (Morgen).* *Transform Anthropol.* 1 avr 2005;13:70-1.
22. *Notre corps, nous-mêmes.* [Nouvelle] édition entièrement réactualisée. Marseille: Hors d'atteinte; 2020. (Faits & idées).
23. Chalker R, Downer C. *A woman's book of choices: abortion, menstrual extraction, RU-486.* 1st ed. New York: Four Walls Eight Windows; 1992. 271 p.
24. Baehr N. *Abortion without apology: a radical history for the 1990s.* 1st ed. Boston, MA: South End Press; 1990. 67 p. (South End Press pamphlet).
25. Ruzek SB. *The women's health movement: feminist alternatives to medical control.* New York: Praeger; 1979.
26. Quéré L. *Luttes féministes autour du consentement.* *Nouv Quest Fem.* 18 mai 2016;Vol. 35(1):32-47.
27. Löwy I, Gaudillière J-P. *Controverses sur le traitement hormonal de la ménopause.* *Mouvements.* 2004;n° 32(2):32-9.
28. Joyeux-Prunel B. *Les transferts culturels.* *Hypothèses.* 2003;6(1):149-62.

29. Ruault L. La circulation transnationale du self-help féministe : acte 2 des luttes pour l'avortement libre ? Crit Int. 8 mars 2016;N° 70(1):37-54.
30. Découvrir le plaisir d'être femme. 1977. (Rouge).
31. Nissim R. Une sorcière des temps modernes: le self-help et le mouvement femmes et santé. Carouge: Editions Mamamelis; 2014. 195 p.
32. Zancarini-Fournel M. Histoire(s) du MLAC (1973-1975). Clio Femmes Genre Hist. 1 nov 2003;(18):241-52.
33. Dumont G-F, Legrand J. Evolution récente du nombre des décès déclarés dus à l'avortement. Population. 1981;36(2):410-4.
34. Ruault L. Le spéculum, la canule et le miroir. Les MLAC et mobilisations de santé des femmes, entre appropriation féministe et propriété médicale de l'avortement (France, 1972-1984). École doctorale des Sciences Juridiques, Politiques et de Gestion de Lille; 2017.
35. Marichalar P, Pitti L. Réinventer la médecine ouvrière ? Actes Rech En Sci Soc. 10 avr 2013;n° 196-197(1):114-31.
36. Lewis SC, Lal S, Branch B, Beard RW. Outpatient Termination of Pregnancy. Br Med J. 4 déc 1971;4(5787):606-10.
37. Pavard B. Quand la pratique fait mouvement. Soc Contemp. 20 avr 2012;n° 85(1):43-63.
38. Le droit à l'avortement : un combat de « l'Obs » depuis toujours [Internet]. L'Obs. 2014 [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.nouvelobs.com/societe/20140916.OBS9346/le-droit-a-l-avortement-un-combat-de-l-obs-depuis-toujours.html>
39. Gît-le-Coeur, GIS-la-canule. Brochure du Collectif librairie La Commune. Gît-le-Coeur. :4.
40. MLAC ROUEN-CENTRE. Vivre autrement, dès maintenant. Paris; 1975. (Maspero).
41. Ruault L. Une fête pour l'avortement libre. Genèses. 27 juin 2017;n° 107(2):32-55.
42. Sauvet A. État des lieux des connaissances, représentations et pratiques sexuelles des jeunes adolescents. Enquête auprès des 316 élèves de 4ème et 3ème d'un collège du Nord de Montpellier. Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes; 2009.

43. Gardarein J-M. SVT: sciences de la vie et de la Terre manuel de cycle 4. Nouvelle éd. 2017. Paris: Hatier; 2017.
44. Article - LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1) - Légifrance [Internet]. [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000001718526](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001718526)
45. Laurant F, Collet M. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes [Internet]. 2016. Report No.: 2016-06-13-SAN-021. Disponible sur: [https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_rapport\\_sur\\_l\\_education\\_a\\_la\\_sexualite\\_synthese\\_et\\_fiches\\_pratiques.pdf](https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_sur_l_education_a_la_sexualite_synthese_et_fiches_pratiques.pdf)
46. UNESCO. International Technical Guidance on Sexuality Education. An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators [Internet]. 2009. Disponible sur: [https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/media/content/migrated/user/pdf/2009/20091210\\_international\\_guidance\\_sexuality\\_education\\_vol\\_2\\_en.pdf](https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/media/content/migrated/user/pdf/2009/20091210_international_guidance_sexuality_education_vol_2_en.pdf)
47. Martin P. L'éducation par les pairs des jeunes en santé sexuelle : entre apprentissage, échange d'expériences et autonomisation. INED; 2018.
48. L'empowerment ! De quoi s'agit-il ? [Internet]. [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.legrainasbl.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=461:l-empowerment-de-quoi-s-agit-il&catid=9&Itemid=103](https://www.legrainasbl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=461:l-empowerment-de-quoi-s-agit-il&catid=9&Itemid=103)
49. Boenisch G. Marie-Hélène Bacqué, Carole Biewener, L'Empowerment, une pratique émancipatrice ? *Quest Commun.* 1 sept 2015;(27):386-7.
53. Friconneau M, Archer A, Malaterre J, Salama F, Ouillade MC. Le patient-expert - Un nouvel acteur clé du système de santé. *Med Sci (Paris).* 1 déc 2020;36:62-4.
54. Wallerstein N (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf> , accessed 01 February 2006).
55. Derrendinger I. et al. Journée internationale de la sage-femme : se mobiliser pour les sages-femmes c'est se mobiliser pour les femmes ! [Dossier de presse] Mai 2022. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/journee-internationale->

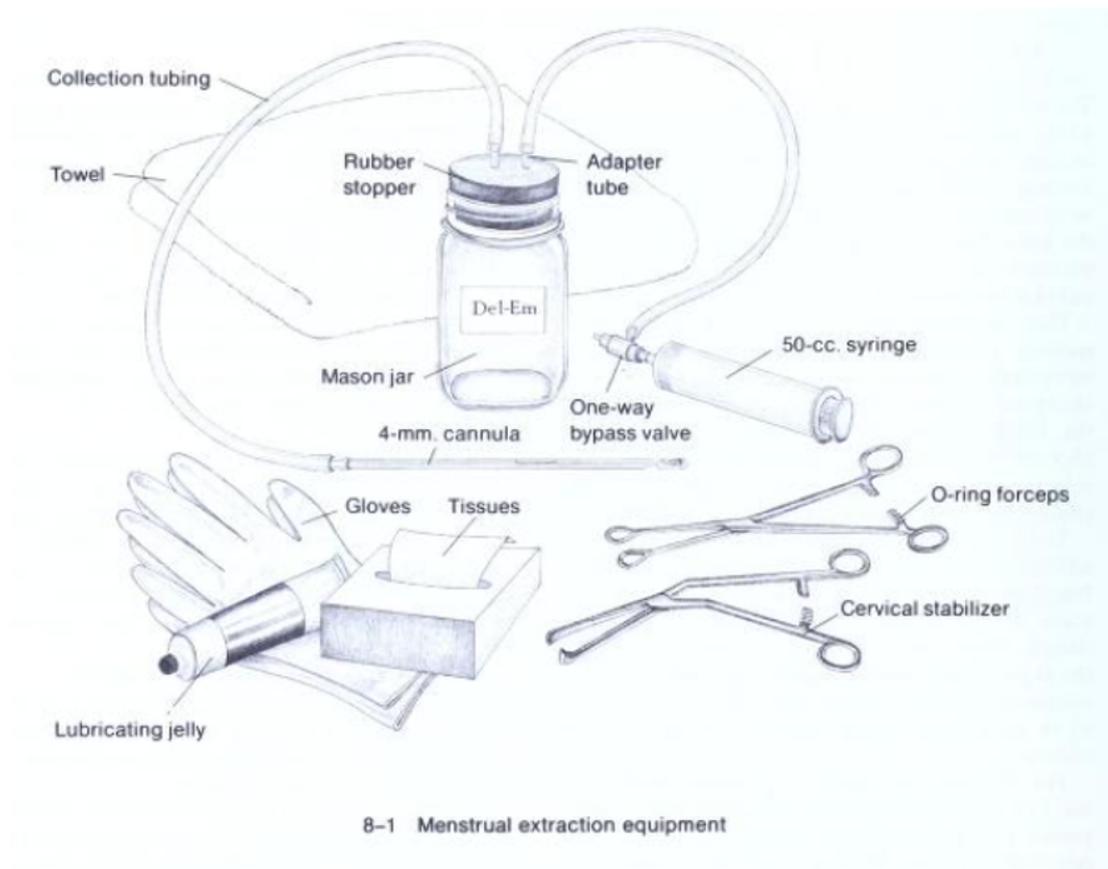
de-la-sage-femme-se-mobiliser-pour-les-sages-femmes-cest-se-mobiliser-pour-toutes-les-femmes/

## Sitographie

50. Vancouver Women's Health Collective. C'est toujours chaud dans les culottes des filles, livret de gynécologie maison à base de plantes médicinales. [Internet]. zone rouge; Disponible sur: <https://www.pearltrees.com/s/file/preview/156500000/bloodsisters.pdf>
51. S'armer jusqu'aux lèvres, quelques outils d'auto-défense gynécologique à l'usage de toutes les femmes. [Internet]. 2016. Disponible sur: [https://infokiosques.net/IMG/pdf/S\\_armer\\_jusqu\\_aux\\_lèvres-cahier.pdf](https://infokiosques.net/IMG/pdf/S_armer_jusqu_aux_lèvres-cahier.pdf)
52. Masson E. Diagnostic de vaginose bactérienne par auto-prélèvement vaginal pendant la grossesse : étude pilote [Internet]. EM-Consulte. [cité 15 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/134366/diagnostic-de-vaginose-bacterienne-par-auto-prelev>

## Annexe I : Le Del-Em

Le Del-Em et le matériel utilisé pour l'extraction menstruelle :



Gage S, Morales S, Allers K, Federation of feminist women's health centers. A new view of a woman's body: a fully illustrated guide. Los Angeles: Feminist Health Press; 1995.

## Annexe II : DRCI



**Délégation Hospitalo-universitaire à la recherche**  
**Commission d'évaluation scientifique des projets de recherche**  
CHU de Rouen-Hôpitaux de Rouen ● Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen  
Hôpital Charles Nicolle - 76031 ROUEN Cedex

### COMITE DE QUALIFICATION DES PROJETS DE RECHERCHE

Membres : Fabienne TAMION, Gilles GARGALA, Marie-Pierre TAVOLACCI, Thierry LEQUERRE, Guillaume SAVOYE, Jeremy BELLIEU

Membres de la DRCI à titre permanent : Julien BLOT, Delphine PICOCHÉ

Adresse de contact : eleonore.bouyer1@univ-rouen.fr

Le Comité de Qualification des Projets de recherche a été saisi d'une demande d'avis pour le projet suivant :

<b>Investigateur principal</b>	SAMSON Cristina
<b>Service / Etablissement / Ecole de Formation</b>	Département des études de sage-femme– CHU de Rouen
<b>Titre du projet</b>	L'auto-gynécologie
<b>N° d'enregistrement</b>	753

Le Comité de qualification a procédé à l'examen de ce dossier le 05/07/2021 et a émis l'avis final suivant :

**Recherche ne rentrant pas dans le champ d'application de la Loi Jardé au titre du Décret n°2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine, partie II.1.d « Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches qui, bien qu'organisées et pratiquées sur des personnes saines ou malades, n'ont pas pour finalités celles mentionnées au I, et qui visent à réaliser des expérimentations en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé. »**

**Avant la mise en œuvre d'une recherche Hors Loi Jardé, Il revient au porteur de projet de contacter la DRCI pour vérifier la conformité vis-à-vis de la CNIL et du règlement général européen sur la protection des données (« RGPD »)**

## Annexe III : Résumé

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN  
DÉPARTEMENT DES ÉTUDES DE SAGE-FEMME

TITRE : Du mouvement politique à l'autonomisation des femmes par leur corps : l'auto-gynécologie

NOM PRÉNOM : SAMSON Cristina

RÉSUMÉ : **Sujet** : Ce travail de recherche se pose dans un contexte global de réflexions féministes lancées par des mouvements sociaux comme #MeToo et des scandales autour de violences gynécologiques et obstétricales. L'auto-gynécologie est directement inspirée du mouvement self-help des années 1970 et réapparaît ces dernières années en réponse à la remise en question du système patriarcal qui irrigue le milieu médical. **Méthodologie** : Cette étude propose une analyse contemporaine de l'auto-gynécologie. Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès d'usagères de l'auto-gynécologie. Ils ont été menés jusqu'à saturation des données, de novembre 2021 à mars 2022. Ils ont tous été réalisés par visioconférence et sont au nombre de 10. **Résultats et discussion** : Les enquêtées sont majoritairement organisatrices d'ateliers d'auto-gynécologie et elles ont globalement un capital culturel et militant très fort. La pratique de l'auto-gynécologie est homogène avec une transmission des savoirs horizontale. Les résultats montrent l'importance de la pratique collective de ces ateliers ainsi que l'impact positif très fort sur ses usagères. La pratique contemporaine de l'auto-gynécologie s'inspire du féminisme de la deuxième vague mais est modifiée par les théories du féminisme de la troisième vague. **Conclusion** : Une réflexion autour des pratiques des professionnels de santé montre qu'il est possible d'intégrer certaines pratiques d'auto-gynécologie au sein de la consultation.

MOTS CLÉS : auto-gynécologie, *self-help*, *empowerment*, autonomisation