

Hétéronormée et indicible La sexualité, de la formation médicale aux consultations

Leslie Fonquerne

DANS **SCIENCES SOCIALES ET SANTÉ** 2025/2 Vol. 43 , PAGES 45 À 70
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 0294-0337

DOI 10.1684/ssss.2025.0294

Date de mise en ligne : 10/12/2025

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2025-2-page-45?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Hétéronormée et indicible

La sexualité, de la formation médicale aux consultations

Leslie Fonquerne*

Résumé. Basé sur une recherche doctorale en sociologie, cet article interroge la reproduction des normes sexuelles depuis la formation des professions prescriptrices de contraception (généralistes, gynécologues, sages-femmes) jusqu'aux consultations. Peu abordée en formation, la sexualité passe par conséquent au second plan lors des consultations, ici de contraception, y compris lorsque c'est à la demande des patientes et alors même que les espaces d'échange sur ces sujets sont rares. L'article repose sur des entretiens qualitatifs menés auprès de trente et un·e professionnel·les de santé et sur l'observation de près de cent consultations médicales dans des structures publiques et privées, en région toulousaine. L'analyse d'un cours de médecine en présence et d'un cours écrit de maïeutique complète ce corpus. Il en résulte qu'en étant peu outillé·es pour aborder ce sujet, les professionnel·les de santé relèguent la sexualité à un « tabou » à la fois théorique (formation) et empirique (consultations), ou l'abordent exclusivement selon un cadre hétéronormatif. Néanmoins, l'indicibilité de la sexualité en consultation est évitable, puisque son degré varie selon les caractéristiques des structures de santé (système de paiement, professions, ou encore politisation des soignant·es).

Mots-clés : *consultations médicales, contraception, formation médicale, France, genre, sexualité.*

*Sociologue, Centre d'épidémiologie et de recherche en santé des populations (CERPOP), Université de Toulouse, Inserm, 37 allées Jules Guesde, 31000 Toulouse, France ; Centre d'étude et de recherche travail, organisation, pouvoir (CERTOP), Université Toulouse 2 Jean Jaurès ; leslie.fonquerne@utoulouse.fr

Introduction

L'histoire de la sexualité montre que les recherches portant sur cette thématique se centrent surtout sur le « para-sexuel » – l'amont ou l'aval de la sexualité –, plutôt que sur la rencontre des corps (Chaperon, 2001 : 7). Par conséquent, à quelques exceptions près (Laqueur, 1992, 2005 ; Foucault, 1997 ; Clarke, 1998), les pratiques sexuelles en elles-mêmes demeurent moins investiguées que celles gravitant autour, telles que les pratiques contraceptives ou relatives à l'hygiène. Peu de travaux sociologiques portent sur les contenus concernant l'éducation à la sexualité (Bozon, 2013). En France, la place de la sexualité dans le champ de la médecine et, *a fortiori*, dès la formation médicale, ne fait pas exception (Gelly, 2006 ; Roux, 2020 ; Fonquerne, 2024). Pourtant, au fil de l'histoire et encore aujourd'hui, la médecine joue un rôle significatif d'entrepreneure de morale (Becker, 1985) dans l'établissement des normes sexuelles, d'autant plus strictes concernant les femmes.

Jusqu'au XVIII^e siècle, la sexualité était surtout encadrée par l'Église (Bereni *et al.*, 2012). Les savoirs en la matière se transmettaient entre femmes, grâce aux matrones (ancêtres des sages-femmes), jusqu'à l'institutionnalisation de la médecine, qui s'est approprié ces savoirs (Ehrenreich et English, 2010). La relation parfois conflictuelle entre sages-femmes et médecins renvoie donc à un processus d'inversion des positions respectives de savoir et de pouvoir. Avec l'institutionnalisation de la clinique, les savoirs médicaux sont désormais centralisés, accaparés par les médecins (Foucault, 1963). En passant de l'encadrement par l'Église à celui de l'hôpital, sexualité et reproduction se dissocient (Tain, 2013). La « première révolution contraceptive¹ » signe cette évolution (Leridon, 1987).

À partir du XVIII^e siècle, la sexualité est donc médicalisée et diagnostiquée comme étant dangereuse dès lors qu'elle implique des pratiques extérieures à la norme hétérosexuelle – entendue comme non reproductive, et donc inutile à la nation, car ne permettant pas le renouvellement de la population. La médicalisation « consiste à définir un problème en termes médicaux, à utiliser un langage médical pour le décrire, à adopter un cadre médical pour le comprendre ou à utiliser une intervention médicale pour le “traiter”² » (Conrad 1992 : 211). Dans ce contexte, la psychiatrie et la sexologie définissent toute sexualité détournée de son but coïtal comme une perversion (Hirata *et al.*, 2004). La santé des femmes est par ailleurs appréhendée comme étant

(1) La première révolution contraceptive se caractérise par une baisse précoce de la natalité française au XVIII^e siècle.

(2) Traduction personnelle depuis l'anglais.

étroitement liée au coït, qui permettrait d'éviter l'hystérie, la nymphomanie ou encore le saphisme. À la fin du XVIII^e siècle, la complémentarité sexuelle est donc fondée sur le modèle du couple hétérosexuel (Lettow, 2015). L'injonction à l'hétérosexualité relève ainsi de la prescription médicale (Dorlin, 2009), et la médecine crée alors les états maladifs au service de sa perpétuation (Ruault, 2015).

Au cours du XX^e siècle, le développement des dispositifs médicaux assigne la sexualité des femmes à des fins reproductives, tandis que celle des hommes est confondue avec la capacité pénétrative. La médicalisation de la contraception et la féminisation de cette dernière sont les caractéristiques de la « seconde révolution contraceptive ». Les comprimés développés pour les femmes visent ainsi à gérer la fertilité (la pilule). Par contraste, ceux développés pour les hommes (le Viagra) renvoient à une « norme érectocentrique » mécanique (Bajos et Bozon, 1999) qui limite la sexualité à la pénétration. La médecine scripte ainsi l'acte sexuel selon les capacités physiologiques des hommes (le début du rapport sexuel est marqué par l'érection et sa fin par l'éjaculation) et relègue les actes non pénétratifs « au statut de préliminaires ou de pratiques annexes » (Andro et Desgrées du Loû, 2009 : 8). En réduisant le risque de grossesse, le développement de la contraception tend à recentrer la sexualité sur la pénétration, imitant paradoxalement la visée procréative (Thomé, 2023), contribuant à la marginalisation de toute autre pratique sexuelle. Le corps des femmes devient un « objet sexué [qui] justifie la définition d'une science nouvelle au XIX^e siècle : la gynécologie » (Gardey, 2005 : 132). La médicalisation de la contraception se caractérise alors par la dépendance des usagères aux établissements et aux personnels (para)médicaux.

La médicalisation va de pair avec la mise à distance de la sexualité dans la relation de soin (Giami *et al.*, 2015). Les travaux sociologiques portant sur (l'absence de) l'abord de la sexualité en consultations gynécologiques traitent surtout des pratiques médicales et d'un silence mutuel entre soignant·es et patientes (Guyard, 2010 ; Koechlin, 2022). Cet article s'inscrit dans leur continuité tout en participant à combler ces vides empiriques en interrogeant cette absence, y compris lorsque les femmes sollicitent cet échange.

L'objectif de cet article est alors de questionner la reproduction de normes sexuelles en contexte de médicalisation contemporaine, depuis la formation des professions prescriptrices de contraception (généralistes, gynécologues, sages-femmes) jusqu'aux consultations, où la sexualité passe en second plan, alors même que les espaces d'échange sur ces sujets sont rares. Interroger la médicalisation actuelle vise à en dépeindre la complexité en mettant au jour ses ambiguïtés : sa dimension normative en matière de sexualité, mais également ses manque-

ments – relationnels et émancipateurs, notamment. Cette complexité s’appréhende par ailleurs à travers la diversité des modèles de soin qui reproduisent ou résistent à ces normes médicales et sexuelles.

Pour ce faire, cet article s’appuie sur une recherche doctorale ayant porté sur les prescriptions et les usages de pilules contraceptives (2015-2021). Il articule la sociologie du genre et des professions et la socio-anthropologie politique de la santé.

Une première partie analysera la place de la sexualité dans le contenu des formations médicales, variable selon les professions. Il s’agira d’interroger les facteurs d’une formation à la fois quantitativement et qualitativement insuffisante en matière de sexualité.

À travers cinq études de cas, une seconde partie exposera les répercussions en consultations d’une formation médicale détachée du vécu des femmes. Une première sous-partie montrera qu’une approche allopathique³ est accordée à la sexualité, tandis qu’une deuxième sous-partie analysera le « tabou » qui opère sur un ensemble de dimensions liées à la sexualité (douleurs, plaisir, consentement). Les médecins semblent peu outillés pour accueillir les récits des femmes dès lors qu’ils renvoient aux « scripts sexuels » (Gagnon et Simon, 1973). Par contraste avec le domaine « para-sexuel », les « scripts sexuels » désignent directement les pratiques sexuelles et sont entendus comme les scénarios sexuels, la succession ordonnée de séquences ritualisées, structurées et apprises (Bozon et Giami, 1999). Les consultations étudiées renvoient à un cadre d’exercice traditionnellement libéral en France (Aïach et Fassin, 1992), surtout occupé par des membres du corps médical jouissant du statut d’expert de la contraception (gynécologues). Une dernière sous-partie ambitionne finalement de questionner, par contraste avec ce qui précède, des caractéristiques structurelles⁴ (Le Feuvre, 2008) propices à la prise en compte de la sexualité des femmes, en prenant l’exemple des centres de santé, peu pourvus, voire dépourvus, de gynécologues, faute de salaires élevés à proposer.

Méthodologie

L’article repose à la fois sur des entretiens qualitatifs menés auprès de trente et un·e professionnel·les de santé habilité·es à prescrire la contraception et sur l’observation de près de cent consultations

(3) Centrée sur la prescription de médicaments.

(4) Elles renvoient aux normes, au salaire, à la spécialisation, à la reconnaissance ou encore à l’attractivité des groupes professionnels et des structures d’exercice.

médicales en structures publiques et privées, en région toulousaine. L'observation d'un cours de médecine et l'accès à un cours écrit de maïeutique complètent le corpus de matériaux.

Population d'enquête et entretiens

Cet article est issu d'une enquête plus large, menée en France auprès d'usagères de contraception, de leur entourage et de membres du corps médical. Il se centre sur ce dernier groupe de personnes enquêtées. La population d'enquête est composée de neuf gynécologues, treize généralistes et neuf sages-femmes, tou·tes blanc·hes, issu·es d'hôpitaux, de centres de santé, de centres de planification, de dispensaires et de foyers d'urgence (structures publiques) ainsi que de cabinets libéraux et de cliniques (structures privées).

Cette population d'enquête se compose donc de soignant·es diplômé·es (minimum bac +4). Il était donc important de varier, selon d'autres critères que celui du niveau d'éducation, les profils recrutés. Ainsi, certain·es soignant·es sont investi·es dans des réseaux favorisant l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), prennent part à l'animation de revues médicales indépendantes ou sont indiqué·es sur des listes en ligne de soignant·es identifié·es par les patientes comme ayant des pratiques féministes, tandis que d'autres ont une pratique plus solitaire ou moins engagée. En outre, si les gynécologues jouissent historiquement d'une expertise en matière de contraception, les sages-femmes n'ont été habilitées à la prescrire qu'en 2009 et conservent une place moins valorisée au sein du modèle hiérarchique hospitalier. La profession et le type de structure investi·es traduisent donc des ethoses⁵ et des pratiques professionnel·les différent·es.

Les hommes constituent environ un cinquième de cette population d'enquête. Au moins trois raisons expliquent ce biais. D'abord, du fait de leur identité de genre, les professionnelles (femmes) de santé sont davantage concernées par la question de la contraception, dont les usages restent largement féminisés (Le Guen *et al.*, 2017). Ensuite, elles sont majoritaires par rapport à leurs collègues hommes dans les réseaux investis, *a fortiori* dans le cadre d'engagements ou d'associations féministes (Cardoso, 2019). Enfin, sur le terrain, elles sont également plus nombreuses à exercer dans des structures publiques ou accueillant un public précarisé. Au moment de l'enquête, l'ensemble

(5) L'ethos professionnel est entendu comme un ensemble de « manières de faire et d'agir communément admises dans un groupe professionnel donné » (Lapeyre, 2008 : 218).

des professionnels (hommes) exercent en structures privées et seul l'un d'entre eux travaille conjointement en structure publique. Pour autant, ce biais genré ne constitue pas nécessairement un obstacle, mais une donnée à part entière. D'une part, les entretiens réalisés auprès des usagères renseignent sur les pratiques des hommes médecins et leurs collègues femmes ont de toute façon intégré les valeurs de leurs formateurs hommes (Andro et Desgrées du Loû, 2009). D'autre part, la disponibilité féminine à l'enquête est révélatrice d'une répartition traditionnellement genrée du travail de *care* (Tronto, 2012).

Les guides d'entretiens sont construits autour de trois grands items : les pratiques professionnelles (prescriptions ou délivrances de contraception) ; la perception de la « norme contraceptive » (Bajos et Ferrand, 2004), qui a permis d'interroger les normes sexuelles associées ; et le parcours de formation. Les guides comprennent quelques nuances selon la profession visée, notamment à travers l'adaptation de termes spécifiques à chacune d'elles.

Observations et analyse

Près de cent consultations médicales ont été observées auprès de soignant-es interrogé-es : soixante-huit en structures privées (cabinets de ville et clinique) et trente en structures publiques (hôpital, centres de planification et centres de santé). Cet écart s'explique par le fait que les consultations sont plus courtes, et donc plus nombreuses, dans les structures où le paiement à l'acte est pratiqué. De plus, les chiffres mentionnés ne prennent pas en compte les consultations parfois menées par téléphone entre deux consultations, comme ce fut régulièrement le cas en centres de santé.

En complément d'un item des guides d'entretiens consacré à la formation, un cours destiné à des internes en médecine générale, intitulé « Contraception, allaitement, pédiatrie, gynécologie » et dispensé sur une matinée, a été observé en 2018. Un cours écrit de maïeutique de vingt-sept pages datant de 2015, dispensé en troisième année (sur les quatre ans de formation à l'époque), suivi et fourni par une sage-femme, complète ce corpus.

Les matériaux issus des entretiens et des observations ont été pseudonymisés et analysés par codifications thématiques.

L'apprentissage en formation : une sexualité impensée

Les différentes modalités d'apprentissage (cours dispensés en formation initiale, stages, formation en continu) sont marquées par l'absence de la thématique de la sexualité ou par le primat de modèles

hégémoniques (norme hétérosexuelle, domaine obstétrique). Les soignant·es opèrent donc des réajustements au moment de la formation en continu.

Du « néant sexuel » ou la sexualité sous silence

« Quand on voit la place de la sexualité et de la contraception dans les études de médecine aujourd'hui, c'est le néant », déclarait déjà la médecin Emmanuelle Piet, il y a une dizaine d'années (Andro et Hamel, 2010 : 99).

A priori, les cours sur la contraception semblent les plus propices au traitement du sujet de la sexualité. Or, ces cours sont relégués au rang d'annexes, couvrant un volume horaire des plus limités, y compris parmi les professions spécialisées en santé sexuelle et reproductive. La sexualité y est encore plus marginale. Un obstétricien se rappelle d'un cours de « *cinq ou dix pages à peine* » en cinquième année de médecine : « *Y a jamais eu de formation sur la contraception, c'est de l'apprentissage petit à petit sur le tas avec les consultations* » (10 mai 2017). Le constat d'une médecin généraliste est similaire :

Et après l'internat, nous, on a des pseudo-cours d'une demi-journée, peut-être une demi-journée par mois, et là je crois qu'on a eu un cours sur la contraception. Mais ça a dû durer peut-être une heure. C'est très court (14 novembre 2016).

Une sage-femme déclare également ne pas avoir eu « *de gros volumes horaires* » de cours sur la contraception, par ailleurs répartis sur la deuxième et la troisième année d'une formation initiale de quatre ans. La formation (théorique) médicale sur ces thématiques est en effet dispensée sur le tard (au regard du nombre d'années d'étude). Une jeune médecin généraliste ne se « *rappelle [déjà] plus trop* » des cours sur la contraception dispensés en internat, car les différentes méthodes contraceptives et l'IVG sont enseignées sur une journée : « *Ce n'est pas réaliste* », affirme-t-elle, « *et ce cours ne dure que de 9 h à 17 h* » (26 janvier 2018).

L'ensemble des enquêté·es, indistinctement de leurs professions, déclare donc avoir reçu une formation quantitativement insuffisante en matière de contraception et, *a fortiori*, de sexualité.

De plus, les professionnel·les pointent les limites qualitatives (les manques) de ces cours, puisque la sexualité est la grande absente de cet enseignement. Une jeune médecin généraliste le regrette :

On ne parle pas de sexualité en médecine générale. [...] Pour guider les personnes on fait appel à notre expérience personnelle et donc à notre sexualité. Et si on n'est pas à l'aise avec notre propre sexualité... (26 janvier 2018).

Les propos d'une autre jeune médecin généraliste abondent également en ce sens :

Euh... pff... Là je sais pas si c'est vraiment un souvenir précis mais j'ai pas souvenir qu'on parle vraiment sexualité. Non, je... c'est pas... Je pense qu'on l'abordait plus sur le plan technique (17 novembre 2016).

Et pour cause, dans les concours relatifs aux professions médicales, les connaissances scientifiques sont davantage valorisées que les compétences relationnelles. Dès lors, il s'agit d'apprendre par cœur et en étant détaché du vécu des femmes (Knibiehler, 2016). Ces limites épistémologiques se retrouvent dans d'autres spécialités médicales. Chez les chirurgien·nes, ayant des années communes de formation avec les professions étudiées, Emmanuelle Zolesio fait un constat similaire : « Les critères techniques passent avant les qualités humaines », qui relèvent pourtant elles aussi de compétences – telles que l'écoute durant « l'activité de consultation ». Au lieu de se concentrer exclusivement sur l'aspect technique, la formation pourrait proposer l'apprentissage d'un « savoir être » en consultation (2012 : 78). Chez les infirmières, cette absence est également constatée mais, par contraste avec les spécialités chirurgicales, elle ne sert pas à rehausser le prestige de leur groupe professionnel (Giami *et al.*, 2015). La sexualité reste un impensé dans les principales approches théoriques mobilisées en formation infirmière et peu de travaux infirmiers portent sur cette thématique. Les raisons sont multiples : la priorité donnée à la maladie plutôt qu'à la sexualité ; les représentations (supposer que la patientèle n'attend pas ce rôle de leur part) ; le temps limité ; et, surtout, le manque de connaissances, de ressources et d'expériences. La formation leur fournit des connaissances médicales mais pas communicationnelles (écoute, empathie, reformulation). Par conséquent, si elles reconnaissent la sexualité comme facteur de bien-être et donc rentrant dans le champ de leur attribution (registre idéal), elles ne savent pas comment l'aborder (registre expérientiel).

À propos des cours de médecine peu fournis en contenu portant sur la gestion de la fécondité et la sexualité, une gynécologue conclut : « Vous savez, en médecine, y a énormément de choses qu'on apprend sur le tas » (7 décembre 2016). Dans le même ordre d'idée, une autre gynécologue déclare se retrouver « devant le fait accompli » (15 mars 2017) une fois arrivée en internat et devant passer de la théorie à la pratique.

De l'hétéronormativité : sexualités dépréciées au profit de l'obstétrique et de la pédiatrie

Assuré par une médecin généraliste le temps d'une matinée, le cours « Contraception, allaitement, pédiatrie, gynécologie » destiné à des internes en médecine générale et observé en 2018, porte notamment sur la première consultation de contraception : « *On délivre beaucoup de messages en première consultation. La patiente retient peu d'informations. Donc il faut vite revoir les jeunes femmes* », déclare l'enseignante. En ce sens, elle déconseille de s'attarder sur le dispositif intra-utérin (DIU) si la jeune patiente n'a jamais eu de rapport sexuel : « *En attendant, c'est pilule ou implant, et qu'elle revienne quand elle sera plus vierge* », somme-t-elle. Outre la minimisation des compétences des (jeunes) femmes et la préconisation d'une présentation incomplète du panel contraceptif, la médecin légitime la notion, non médicale, de virginité, en abordant la sexualité sous le prisme de l'hétérosexualité pénocentrée.

Une jeune médecin généraliste, déjà citée (17 novembre 2016), déclare effectivement que, les rares fois où la sexualité était abordée en cours, elle l'était dans le cadre de l'hétéronormativité :

[...] si on devait parler de, comment dire, de sexualités un peu différentes, de partenaires multiples, c'était sur un ton un peu, comment dire, un peu ironique ou de méfiance de ces jeunes filles un peu... [rire], enfin voilà c'est l'humour de profs de médecine. Je ne me souviens pas d'avoir eu un message hyper ouvert sur la sexualité que peuvent avoir les patients.

Le titre du cours précédemment cité, « Contraception, allaitement, pédiatrie, gynécologie », témoigne d'une santé sexuelle et d'une santé reproductive qui restent confondues et qui n'existent pas indépendamment l'une de l'autre. Et pour cause, l'hétéronormativité implique une sexualité à des fins reproductives. Dans les formations médicales, les priorités pédagogiques sont ainsi données aux domaines pédiatrique et obstétrique, au détriment de la santé sexuelle (Gelly, 2006). « *La priorité c'était d'apprendre à accoucher* », déclare une gynécologue à propos de sa formation (7 décembre 2016).

Les mises en situation, ici à travers les stages, corroborent les expériences pédagogiques décrites en entretiens. L'apprentissage induit une reproduction des habitudes de pratiques qui excluent le champ de la sexualité. Une jeune médecin généraliste pointe des stages prioritairement centrés sur la pédiatrie et l'obstétrique, à l'instar des cours étudiés :

Pendant l'internat c'est des stages de six mois et y en a par exemple un en gynécologie ou pédiatrie. Donc ça, c'est un défaut de formation parce que bon en médecine générale on voit beaucoup d'enfants et beaucoup de femmes, donc voilà. Mais y a des endroits où ils essaient de faire [alternativement] trois mois/trois mois (10 novembre 2016).

Elle explique alors qu'en externat « la gynécologie a été quasiment absente » et que :

[...] c'est quand même essentiellement durant l'internat qu'on peut se former et encore si... enfin moi j'avais choisi la pédiatrie donc encore une fois je suis passée un peu à côté de la gynéco. [...] J'ai fait un stage de pédiatrie et de maternité donc je passais mon temps à examiner des nouveau-nés de trois jours qui allaient très bien [rire]. Donc j'ai vu un petit peu la gynécologie, mais vite fait, la prise en charge des femmes à la maternité. [...] Mais donc voilà ma formation de gynécologie pendant l'internat, c'était pas grand-chose (10 novembre 2016).

Des similitudes apparaissent avec le contenu du cours de maïeutique analysé. Lorsque la sexualité est abordée, elle l'est par la négative : ici la jeunesse est appréhendée en termes de risques et les méthodes contraceptives locales sont présentées comme peu compatibles avec une forte fertilité. Néanmoins, d'autres points contrastent. Les dimensions politiques et sociales connexes à la santé sexuelle sont prises en compte. Le « contexte de la planification familiale en France » est rappelé (permettant par exemple l'allongement de la scolarité des femmes), le prolongement de la sexualité des femmes après 50 ans est pensé, la faible évolution des représentations sociales est notée (notamment en termes de croyance des soi-disant besoins sexuels « naturels » des hommes), et diverses « situations de précarisation » sont considérées. Enfin, si ce cours comporte des exercices basés sur des cas cliniques, ceux-ci prennent en compte la structure de la consultation et ses enjeux propres, en commençant de la manière suivante : « Vous êtes sage-femme en centre de planification [...] ». Ce cours propose donc une approche de santé plus globale, en prenant en compte des dimensions non médicales, permettant de développer une pratique davantage politique.

Les aspirations des infirmières, mentionnées précédemment, sont similaires, cherchant à favoriser une conception holistique et non fonctionnelle de la sexualité (Giami *et al.*, 2015). Les manques épistémologiques identifiés dans les différentes formations appellent donc un contenu en sciences humaines et sociales, et plus particulièrement en études genre (Fonquerne, 2024).

Finalement, si la formation des gynécologues implique de fait un apprentissage des actes relatifs à la gestion de la fécondité, leurs discours révèlent aussi les limites de cette formation, en particulier en ce qui concerne la sexualité. La formation initiale des médecins généralistes et des sages-femmes est également moins axée sur la gynécologie (contraception, sexualité) que sur l'obstétrique et la pédiatrie. Ces soignant·es privilégient alors la formation (en continu) portant sur la gynécologie.

La formation en continu : un réajustement selon l'expérience de terrain

En France, les professionnel·les de santé doivent suivre chaque année l'équivalent de quatre journées de formation. La formation en continu revêt une acception large, qui peut comprendre le suivi de formations médicales, mais aussi l'abonnement à des revues ou encore l'engagement dans des activités syndicales (Ventola, 2017).

Face aux limites du contenu de la formation initiale en matière de sexualité, les professionnel·les font le choix individuel de compléter ou non leur formation. C'est principalement pour répondre à des demandes identifiées sur le terrain que les soignant·es étoffent leur formation en continu, comme l'explique par exemple Lori Savignac, médecin généraliste :

Il y a plein de thèmes et plein de sujets sur lesquels notre formation médicale est aveugle. On apprend uniquement ce qui est considéré comme la norme, donc de fait, il a fallu que je me forme de mon côté (Jarty, 2022 :191).

Ce complément de formation est donc à l'initiative des membres du corps médical, alors même que généralistes, gynécologues et sages-femmes seront amené·es à traiter de la santé sexuelle. Suite à un déménagement, et donc à un changement géographique amenant à une modification des pratiques médicales, une sage-femme indique par exemple recevoir « *plus de demandes de suivis gynécologiques* » et explique alors s'y être « *formée* » (21 décembre 2017).

La formation en continu est le principal moyen de compléter la formation initiale. Cela peut être sous la forme de choix de modules, de suivis de diplôme universitaire (DU) ou de formations généralistes. Dans le premier cas, une sage-femme indique avoir « *pris un module gynéco* » : « *Cette formation se fait de plus en plus mais c'est encore moins développé que leur module d'obstétrique et que leur module de pédiatrie* » (11 janvier 2018). Du fait de ne pas avoir abordé en

internat, la question des violences, y compris sexuelles, faites aux femmes, une médecin généraliste explique avoir réalisé un DU sur la question. Durant l'entretien, elle expose les questionnements restés sans réponse durant la formation initiale :

Comment faire la différence entre de la violence ou de la misogynie traditionnelle sans violence individuelle ? Des femmes trouvent ça normal. Et le mari peut être gentil. Qui je suis pour dire aux gens comment se marier ? Il y a des conflits dans ma tête (2 février 2018).

La formation en continu apparaît bénéfique à la fois pour les membres du corps médical et les patientes. En effet, en complétant leur formation, les professionnel·les gagnent en légitimité et en assurance dans le cadre de leur exercice, comme l'explique une sage-femme :

C'est vraiment depuis surtout deux ans, depuis que je me suis mise dedans, que je me suis formée parce qu'au début j'étais plus frileuse, je pense que j'avais aussi des croyances, des représentations, y a des terrains sur lesquels j'allais pas (1^{er} février 2017).

Le discours de cette même soignante montre par ailleurs qu'en gagnant en compétence, elle garantit aussi un meilleur accès aux soins aux femmes : « *Maintenant que je suis formée, je reçois tout le monde et, après, je déballe, et ce qui n'est pas de ma compétence, je l'adresse. [...] J'ai pris de la confiance* », explique-t-elle.

Les initiatives individuelles de complément de formation ne comblent cependant pas les vides pédagogiques généralisés en la matière, qui se répercutent en consultations gynécologiques.

L'exercice en consultations : une sexualité indicible et inaudible

À l'image du contenu de la formation médicale, la sexualité est rarement abordée en consultation gynécologique, y compris lorsque l'échange est plébiscité par les patientes. Les professionnel·les se montrent peu outillé·es pour accueillir les récits des femmes, dès lors qu'ils renvoient aux scripts sexuels. Cette seconde partie s'articule autour de l'étude de consultations menées dans différentes structures.

Une approche médicamenteuse en réponse à une sexualité taboue ?

La sexualité est objet de recherche mais traverse également les relations de soin et d'enquête. Dans ce deuxième cas de figure, les travaux d'Isabelle Clair (2016) mettent en garde à propos des dangers

(réflexivité moindre, maintien des situations de domination, entre autres) à restreindre la sexualité à un « tabou méthodologique » dans les relations d'enquête. Prendre en considération la sexualité permet en effet de se prémunir des caricatures, notamment sexistes, qui peuvent ici être transmises dans les cours de médecine (une jeune médecin ayant, pour rappel, indiqué que les « *sexualités différentes* » étaient abordées de manière « *ironique* » et que les cours étaient dépourvus de « *message ouvert* » sur la sexualité des patient·es). Dans le cadre de cette formation, la sexualité semble alors apparaître comme un « tabou théorique », voire un « tabou empirique », dès lors que l'absence de cette considération prend toute son envergure en consultation.

En étant formé·es à la pathologie et ne bénéficiant pas ou peu de formation portant sur le « savoir être » (Zolesio, 2012) en consultation, les médecins proposent des réponses thérapeutiques, majoritairement allopathiques, aux problématiques des patientes.

Durant les observations en cabinet de ville, un obstétricien reçoit une jeune patiente (19 ans, blanche, étudiante en médecine). Elle indique (motif de la consultation) avoir « *des fois mal pendant les rapports (sexuels)* » et que « *ça réapparaît quand (elle) fait du sport* ». Elle a pris la pilule pendant deux ans et utilise désormais le préservatif (externe⁶). Au bout de 6 minutes d'échange, l'obstétricien passe à l'examen. Il lui indique qu'« *il faudra peut-être (re)prendre la pilule, ça peut régler les douleurs* ». L'examen aura duré 9 minutes dans le cadre d'une consultation de 21 minutes, soit près de la moitié du temps, durant lequel la répartition de la parole est par ailleurs fortement déséquilibrée entre les deux acteur·ices. Le débit vocal du professionnel est rapide, la patiente formule des réponses courtes. Au moment du paiement, qui s'effectue au secrétariat, en dehors de la salle de consultation, la jeune femme s'inquiète de savoir « *si la solution ne pourra être que hormonale* » (extrait de journal de terrain, 18 mai 2017).

Particulièrement au sein des spécialités chirurgicales, la parole est peu valorisée au contraire des gestes techniques (examen, diagnostic) (Zolesio, 2012). L'obstétricien s'ancre ici dans des normes médicales et

(6) Le préservatif externe renvoie au préservatif traditionnellement dit « masculin ». Cependant, il apparaît plus adapté de parler de préservatif externe ou interne (préservatif dit « féminin ») plutôt que de renvoyer un dispositif contraceptif à une identité de genre supposée (masculin/féminin), car, dans les usages réels, les hommes peuvent par exemple recourir au préservatif interne dans le cadre de pratiques sexuelles anales.

de genre selon lesquelles le recours à la parole renvoie à une tâche peu noble, à la part de « sale boulot »⁷ (Hughes, 1962), traditionnellement relégué aux employé·es subalternes (ici les secrétaires).

Une semaine plus tard (24 mai 2017), le même obstétricien reçoit une nouvelle patiente (petite trentaine, blanche, avocate) qui souhaite un renouvellement de pilule. Au moment de lui demander le motif de sa venue, il la coupe pour savoir si son frottis est à jour. Rapidement, il lui demande si elle a « *un chéri* » et « *un projet de grossesse* », qui nécessiterait de surveiller plus particulièrement la tension (la patiente fait de l'hypertension). L'examen se déroule après 8 minutes d'échange. Au même moment, l'obstétricien prend un appel et la jeune femme attend, à moitié dénudée, assise sur la table d'auscultation. Durant l'examen, il demande si « *les rapports sont douloureux* ». Elle répond que « *oui, à la pénétration* » et poursuit : « *On m'a dit...* » Le professionnel lui coupe la parole et indique que, s'il s'agit de « *sécheresse* », il faut utiliser du lubrifiant ou des probiotiques. La patiente infirme, il ne s'agit pas de sécheresse. L'obstétricien ne s'occupera plus de ce problème durant tout le reste de la consultation. Le temps de l'examen représente presque un tiers de la consultation (6 minutes sur 16), qui se termine avec le renouvellement de pilule. Pendant que la patiente règle le montant de la consultation au secrétariat, l'obstétricien lui donne des conseils pour déstresser, psychologisant ainsi le vécu de l'usagère (Fainzang, 2006).

De retour dans son cabinet, entre deux consultations je lui [à l'obstétricien] demande à quoi sont dues les douleurs de la patiente à la pénétration. Il me dit qu'il peut y avoir des saignements pendant les rapports sexuels car le col de l'utérus se contracte. Il se rend alors compte qu'il a oublié de lui donner les probiotiques. Il me dit que c'est un petit déséquilibre de la flore et qu'après ça passe pendant les rapports, qu'il n'y a donc pas grand-chose à faire (Extrait de journal de terrain, 24 mai 2017).

En demandant à la patiente si elle a « *un chéri* », plutôt que poser une question ouverte sur les relations, le professionnel de santé postule que la potentielle relation de cette nouvelle patiente s'inscrit à la fois dans un cadre hétéronormatif et monogame. En lui coupant la parole et en mettant fin à la (brève) discussion portant sur les rapports sexuels

(7) Le sale boulot relève d'une division morale du travail qui implique une hiérarchie des tâches selon leur degré de prestige : en opposition au travail respectable, le sale boulot se caractérise par des tâches peu valorisantes.

douloureux, l'obstétricien ne favorise pas un espace d'échange sur ce sujet, alors même que cela semblait constituer un moment privilégié pour la patiente pour aborder cette problématique. En abordant à nouveau le sujet juste avant le départ de la jeune femme, le médecin relègue la thématique de la sexualité à un sujet « poignée de porte »⁸, c'est-à-dire à un sujet traité rapidement et en dernier lieu. La conclusion du professionnel semble hâtive (« *sécheresse* ») et privilégie une approche médicamenteuse au détriment de l'écoute de la patiente. L'obstétricien fait preuve de fatalisme (« *pas grand-chose à faire* ») et la problématique apparaît comme secondaire, voire insignifiante, allant jusqu'à même oublier de prescrire un traitement. Ce dernier aurait d'ailleurs relevé de la prescription (probiotiques) plutôt que de l'échange autour de pratiques sexuelles alternatives à la pénétration. La norme de sexualité pénétrative pénovaginale, ou « pénétration vaginale pénile » (Andro *et al.*, 2010 : 7), est d'autant plus réaffirmée qu'elle n'est jamais questionnée. Les pratiques sexuelles qu'elle implique ne sont jamais mises en cause dans les maux des femmes et le clitoris n'est jamais mentionné (Guyard, 2010). La gynécologie reste donc productrice d'ignorance dans le domaine de la sexualité (Tuana, 2004). Pourtant, les gynécologues, particulièrement en secteur libéral, remplissent des conditions matérielles (espace clos et confidentiel) dont les praticien·nes hospitalier·es, notamment les infirmières qui souhaiteraient prendre en charge la sexualité, sont dépourvu·es (Giami *et al.*, 2015).

La sexualité apparaît indicible, ou plutôt inaudible pour les professionnel·les de santé, y compris lorsque les patientes (ici avocate et étudiante en médecine) bénéficient d'un capital scolaire et d'une littératie⁹ en santé élevés. La socialisation au plaisir sexuel, plus particulièrement, est en effet inégale selon les classes sociales et s'avère plus importante chez les femmes les plus diplômées (Thomé, 2024). Le profil social de ces deux femmes laisse penser qu'elles étaient en mesure de mobiliser leurs ressources (scolaires ou de capital social) pour contester l'autorité médicale. On peut alors supposer que cela reste d'autant

(8) Expression employée par les médecins sur le terrain. Les conversations dites « poignée de porte » renvoient aux derniers questionnements posés par les patient·es aux médecins, au moment de se dire au revoir, alors que soignant·es et soigné·es se tiennent à la porte de la salle de consultation, prêt·es à mettre fin au rendez-vous.

(9) La littératie en santé renvoie à la capacité à comprendre un message de santé, à savoir le réexpliquer et le mettre en œuvre.

plus difficile pour les patientes de faire entendre leur voix en matière de sexualité dès lors qu'elles sont issues de catégories sociales moins favorisées ou que la thématique de la sexualité croise celle de la violence.

Douleurs, plaisir et consentement : de la négation de la sexualité des femmes

En consultations, les rares fois où la sexualité est abordée, elle l'est de manière expéditive, à travers une question fermée et par la négative avec une phrase récurrente : « *Pas de gênes pendant les rapports ?* »

Le 18 mai 2017, dans le cadre d'une consultation d'une durée de 18 minutes, une patiente (la trentaine, blanche) consulte l'obstétricien pour effectuer un contrôle annuel et pour cause de douleur à l'utérus qui dure depuis un an. La jeune femme ne sait pas si sa pilule lui convient : « *Je l'ai depuis la naissance de mon enfant, depuis mars 2015. Je ne sais pas si ça a un lien ou pas mais j'ai des crampes à l'utérus* ». Après 8 minutes de consultation, le médecin la « *laisse passer à côté* » pour réaliser l'examen. Pendant que la patiente est sur la table d'auscultation, l'obstétricien l'interroge sur sa douleur. Entre deux explications, il lui dit comment se positionner sur la table d'examen. Son débit vocal est très rapide, beaucoup d'informations sont transmises et la répartition de la parole est extrêmement déséquilibrée. Le professionnel demande : « *Ça fait pas mal l'examen ?* » Il enchaîne avec une autre question : « *Les rapports sont pas douloureux ?* » La patiente n'a pas le temps de répondre à toutes les questions. C'est une nouvelle fois au moment du règlement au secrétariat que le médecin revient brièvement sur la question des douleurs en lui préconisant de faire un calendrier des douleurs. Il pense que « *c'est musculaire* » et lui conseille donc la kinésithérapie.

Dans un contexte où la sexualité en consultation reste inabordée en dépit des demandes des patientes, le plaisir sexuel et le consentement, qui permettraient d'appréhender la sexualité de manière positive, sont encore moins abordés, voire niés. En entretien, une gynécologue déclarait que « *même avec une baisse de libido des femmes, on peut avoir des rapports [sexuels]. On peut mettre de l'encens...* » (cabinet de ville, 15 mars 2017). Elle réaffirmait ainsi un ordre de genre selon lequel le désir sexuel des femmes serait réactif tandis que celui des hommes, en miroir, resterait actif (Thomé, 2022). Durant les observations (cabinet de ville, 19 avril 2017), cette même médecin conseillait un·e sexologue et l'autohypnose à une patiente qui lui confiait avoir un « *blocage* », c'est-à-dire ne plus avoir de rapport sexuel, depuis un frottis douloureux. La gynécologue reléguait ainsi à une dimension individuelle un problème pourtant d'ordre institutionnel (les violences médicales) (Hanmer, 1977 ; Fonquerne, 2021).

Les membres du corps médical, dont il est question jusqu'ici, exercent en cabinet libéral de ville et pratiquent donc le paiement à l'acte. Par conséquent, l'examen a une place centrale dans les consultations (Fonquerne, 2022), courtes et nombreuses, qui s'enchaînent tout au long des journées. Les consultations observées dans les cabinets libéraux avaient une durée moyenne de 18 minutes, contre 34 minutes pour celles réalisées en centres de santé. Ces structures publiques accueillent une patientèle davantage précarisée et le nombre d'actes réalisés n'a aucun impact sur le salaire (plus faible) des professionnel·les de santé. Elles appliquent le tiers payant et ont l'impossibilité de mener une activité lucrative (Joubert, 2024). Les caractéristiques structurelles des établissements de santé ont donc une influence sur les scénarios de consultations, plus ou moins propices à l'échange sur la sexualité.

Des sexualités considérées : le contrepied des caractéristiques des centres de santé

Sur le terrain comme dans la littérature (Joubert, 2023), parmi les professions étudiées, les centres de santé sont surtout dotés de médecins généralistes et de sages-femmes. Par contraste avec le secteur libéral, le salariat est féminisé, offrant un meilleur équilibre possible entre vie personnelle et professionnelle (Lapeyre et Le Feuvre, 2005). Une division du travail s'opère de fait, puisque les sages-femmes, à l'instar des infirmières, proposent une prise en charge holistique de la sexualité (sans se limiter au traitement de la fonction sexuelle) (Giami *et al.*, 2015). Le travail de groupe y est également plus présent (Joubert, 2024) : la patientèle est celle du centre et non celle d'un·e médecin en particulier (Ibidem, 2023). Si les centres de santé peuvent présenter des disparités, ceux observés se caractérisent par la réflexivité et la forte socialisation politique de leurs membres (Joubert, 2024) – les soignant·es enquêt·es présentant un degré de politisation important (féministe, syndicale).

Par conséquent, davantage (volontairement) formé·es aux questions traditionnellement annexes dans la formation initiale (sexualité, éthique, violences faites aux femmes), ces praticien·nes ont une approche de santé plus globale, prémunissant plus systématiquement des injonctions normatives telles que la sexualité hétéronormée.

Le 5 juin 2018, une jeune patiente (14 ans, racisée), encouragée par sa mère (absente de la consultation) et ayant eu ses premières règles, consulte en centre de santé pour venir « *parler de puberté* ». La professionnelle pose des questions ouvertes, en lui demandant par exemple comment elle s'est sentie. Elle lui explique qu'il y a un risque

d'être enceinte si elle a des rapports sexuels avec pénétration et s'il y a une éjaculation. L'appréhension des rapports sexuels ne se limite donc pas à la pénétration : en décrivant le script sexuel hégémonique (rythmée par la pénétration et l'éjaculation), la soignante considère que la sexualité peut renvoyer à d'autres pratiques (non pénétratives par exemple ou dépourvues d'éjaculation), qui prémuniraient ici davantage d'un risque de grossesse. La hiérarchie des scripts sexuels est donc remise en question, les pratiques non pénétratives n'étant pas reléguées à des scripts sexuels inférieurs comme cela est traditionnellement le cas (Thomé, 2023) et alors même que la moitié des femmes et plus d'un tiers des hommes déclarent que ce sont les caresses mutuelles, et non la pénétration, qui leur apportent le plus de plaisir (Bajos et Bozon, 2008). La soignante confie par ailleurs à la jeune patiente les peurs qu'elle avait à son âge (« *peur d'avoir du sang partout* ») et s'assure que la jeune fille a accès à des protections menstruelles. La patiente indique que sa mère voudrait qu'elle lui conseille de la tisane. Au moment de ses règles, elle a « *surtout mal d'un côté* ». La professionnelle explique la raison des douleurs (« *pendant les règles, le foie travaille beaucoup pour casser les hormones* ») et lui demande le goût des tisanes qu'elle aime. La sexualité a ici toute sa place (le para-sexuel comme les scripts sexuels) dans l'espace discursif de la consultation, en étant au cœur des échanges. Ces derniers s'opèrent en outre à travers une répartition plus équilibrée de la parole, qui permet de tenir compte des besoins exprimés par la patiente.

Ce même jour, une jeune femme (24 ans, racisée) vient consulter car elle et son partenaire ont « *mal* » durant les rapports sexuels. La patiente est contraceptée avec un DIU et « *quelque chose* » « *pique* » son partenaire.

Au moment de l'examen, la soignante demande son accord à la patiente : « *J'y vais ?* » Avant de réaliser un examen intravaginal, la professionnelle explique le positionnement des organes (la vessie notamment) et où il faut chercher pour voir le DIU. Elle lui explique où il est et où est situé l'utérus. La patiente demande si l'examen intravaginal « *va faire mal ?* » La soignante dit que « *normalement non, qu'[elle] ne doit pas faire mal* » et prend soin de demander si « *ça fait mal ici quand je touche ? Je regarde ?* » Elle lui demande si elle veut se mettre elle-même le spéculum ; la patiente ne le souhaite pas. Tout au long de l'examen, la soignante s'assure : « *Ça va comme ça ? Ça te gêne ? C'est douloureux ? Impeccable.* » Elle rassure : « *Tu peux bouger les jambes, mettre ton bassin comme t'es bien. Si un truc est désagréable tu me dis. Ça fait mal dehors ou dedans ?* » Elle prévient, explique et propose : « *Je vais ouvrir [le spéculum], tu respires tout doucement pour détendre les muscles. Tu veux les voir les fils qui piquent ? Tu peux*

attraper le miroir. » Les fils du DIU sont la cause de la douleur durant les rapports sexuels. La soignante va les raccourcir et les replier contre les parois utérines. Elle indique que les sécrétions feront le reste, car elles vont « *venir les coller* ». La professionnelle s'assure toujours : « *Tu es OK pour que je les mette [les fils] au fond ?* » Tout le long de l'examen, la voix de la soignante est posée. Elle pose des questions, demande l'autorisation et explique. Lorsque la patiente reste silencieuse à la question « *Ça va toujours ? Toujours hein ?* », la soignante indique qu'elle va « *faire d'une autre façon : j'enlève le spéculum et je les place [les fils] avec mes doigts. Tu serais OK ? Si ça fait mal on fait pas* » et lui précisera qu'elle peut la tutoyer. La patiente hésite : « *Je sais pas. T'y es déjà arrivée ? Ça fait mal ?* » La soignante précise que « *si ça fait mal on arrêtera* » et demande : « *T'as déjà eu un examen gynéco comme ça ? Un toucher vaginal, comme toi tu pourrais te le faire, tu pourrais sentir les fils.* » La jeune femme indique que « *non, non je connais pas comment faire* ». La professionnelle la rassure : « *C'est pas dangereux. Si tu préfères, moi je le fais.* » Peu après : « *Là, le DIU est entre mes deux mains [une sur le ventre et les doigts de l'autre dans le vagin]. À tout moment tu peux dire stop ou aïe. J'y vais ?* » Elle explique la cause des douleurs : « *Les fils sont nouveaux et donc costauds. Pour aujourd'hui je peux pas faire plus.* » La patiente demande à regarder. Elles sont satisfaites, les fils sont sur le côté des parois utérines. « *Si moi je le sens, tu peux le sentir, tu peux mettre tes doigts* », assure la soignante. L'examen aura duré 12 minutes, soit l'équivalent de la moitié, voire les trois quarts du temps, consacrée à une consultation entière dans les cabinets de ville. La soignante indique qu'elles pourront prendre le temps d'échanger sur les autres méthodes contraceptives si besoin et demande si « *aujourd'hui ça te va comme ça ou t'as d'autres questions ?* », auxquelles elle répondra.

Durant cette même consultation, la patiente mentionne aussi des douleurs pendant les règles, qu'elle soulage en prenant des tisanes. La soignante demande quelle tisane elle prend pour pouvoir « *faire tourner l'info* » si d'autres femmes en ont besoin et lui conseille « *le chaud au ventre de manière générale* » et lui explique pourquoi (cela détend les muscles). Elles s'accordent aussi pour que la patiente se voit prescrire des antidouleurs.

Ici, la soignante considère la patiente comme sachante : elle connaît la tisane qui la soulage et qui pourrait alors être efficace pour d'autres femmes. Par ailleurs, en optant pour un « pluralisme thérapeutique » (Mulot, 2014) la professionnelle combine, plutôt que d'opposer (en traitant l'une en consultation et l'autre en sortie de consultation) naturopathie (tisanes) et allopathie (antidouleurs). Contrairement aux consultations minutées en cabinets de ville, la professionnelle explique

tout ce qu'elle fait, pourquoi elle le fait, explicite qu'elle n'est pas censée faire mal et s'assure tout au long de l'examen que ce soit le cas. C'est dans ce contexte que la sexualité, voire les sexualités, sont prises en considération, dans le cadre d'une approche de santé globale, tenant compte des scripts sexuels, des douleurs, des connaissances (professionnelles et expérientielles) et du vécu des femmes, qui font partie intégrante du soin.

Conclusion

Le degré d'indicibilité, mais aussi d'inaudibilité, de la sexualité (ici abordée sous l'angle de la contraception) et l'absence de prise en compte de la pluralité des pratiques sexuelles sont variables selon les caractéristiques structurelles des établissements de santé. Celles-ci comprennent le système de rémunération, la temporalité des consultations, la profession découlant d'une formation spécifique (un soin plus ou moins holistique), le degré de politisation des membres du corps médical et, par conséquent, l'importance accordée à l'épistémologie de la sexualité. L'inaudibilité de la sexualité (par les professionnel·les) est donc évitable. En ce sens, l'indicibilité de la sexualité (pour les femmes), en particulier lorsqu'elle ne correspond pas à un cadre hétéronormé, apparaît comme un risque de perpétuer, voire d'aggraver, les inégalités sociales de santé (ISS) : ces différences sont socialement construites, évitables et donc injustes (Aiach et Fassin, 2004 ; McCartney *et al.*, 2019). Ici, selon les professionnel·les de santé qu'elles consultent, les femmes accèdent inégalement à une connaissance de la sexualité et donc à la santé sexuelle et, plus largement, à l'émancipation qu'elle peut recouvrir. En mobilisant des normes de genre pourtant issues du sens commun, les soignant·es, du fait de leur autorité, les légitiment et perpétuent leur efficacité (Koechlin, 2022), reproduisant ainsi des inégalités de genre en matière de sexualité (Guyard 2020).

En l'état actuel de la formation médicale, son contenu sur la sexualité (mais aussi la contraception, les violences de genre, etc.) reste relativement inchangé depuis les années 1980 (Gelly, 2006 ; Roux, 2020). Les professionnel·les ont donc peu d'outils à disposition pour lever le « tabou » de la sexualité et le carcan hétéronormatif dans lequel elle reste appréhendée. Afin de favoriser des espaces de consultation propices à la prise en compte des scripts sexuels, indépendamment du type de structure de santé, parallèlement à une information qui doit être accessible à l'ensemble des femmes, il apparaît donc nécessaire d'opérer des réajustements dès la formation initiale. Cela peut passer par le développement de modules portant sur la sexualité, voire les sexualités, c'est-à-dire décentrés du modèle pénétratif pénéo-vaginal

à des fins reproductives (à travers la priorité actuellement donnée à l'obstétrique et à la pédiatrie). Par ailleurs, au-delà de l'acte de l'examen, la formation médicale, et donc la consultation, pourraient offrir une plus grande place à la parole et en particulier aux échanges entre professionnel·le et patiente. L'indicibilité de la sexualité s'appréhende en effet dans des espaces peu favorables à ces échanges, en particulier dans le cadre de consultations minutées et rythmées par le paiement à l'acte.

Le registre de la sexualité doit par ailleurs être distingué de celui des violences (médicales, sexuelles), notamment pour mieux appréhender les douleurs (et les remèdes à celles-ci) manifestées par les patientes. La sexualité gagnerait, au contraire, à être abordée de manière positive, en misant sur la thématique du plaisir et du consentement en général (sexuel et aux examens). L'espace de la consultation s'affranchirait alors d'un rôle allopathique, d'une part, et d'entreprise de morale (à travers la transmission de normes médicales, sexuelles, de genre), d'autre part. En ce sens, une piste de solution pourrait être d'appliquer, tel que cela est recommandé dans les arrêtés¹⁰, voire de développer, au sein des formations médicales, des contenus de sciences humaines et sociales, qui permettent de favoriser un enseignement davantage politique en prenant en compte les normes sexuelles et leur influence sur la prise en charge et les parcours de soin (Fonquerne, 2024). Ainsi, les dimensions normatives de la médicalisation de la sexualité pourraient être nuancées (dès la formation), en même temps que ses manquements pourraient être comblés et ce, quel que soit le (futur) modèle de soin adopté par les membres du corps médical.

Liens d'intérêts : L'autrice déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aïach P., Fassin D. (dir.), 1992. *Sociologie des professions de santé*. La Garenne-Colombes, Espace européen.
- Aïach P., Fassin D., 2004. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La Revue du Praticien* 54, 2221-2227.

(10) Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORF-TEXT000034502881>.

- Andro A., Bachmann L., Bajos N., Hamel C., 2010. La sexualité des femmes : le plaisir contraint. *Nouvelles Questions Féministes* 29(3), 4-13 [https://doi.org/10.3917/nqf.293.0004].
- Andro A., Desgrées du Loû A., 2009. La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : enjeux et difficultés. *Autrepart* 52(4), 3-12 [https://doi.org/10.3917/autr.052.0003].
- Andro A., Hamel C., 2010. Une médecine féministe. Entretien avec Emmanuelle Piet. *Nouvelles Questions Féministes* 29(3), 92-101 [https://doi.org/10.3917/nqf.293.0092].
- Bajos N., Bozon M., 1999. La sexualité à l'épreuve de la médicalisation : le Viagra, *Actes de la recherche en sciences sociales* 128(1), 34-37 [https://doi.org/10.3406/arss.1999.3291].
- Bajos N., Bozon M., 2008. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris, La Découverte.
- Bajos N., Ferrand M., 2004. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sciences Sociales et Santé* 22(3), 117-142 [https://doi.org/10.3406/sosan.2004.1630].
- Becker H.S., 1985. *Outsiders: études de sociologie de la déviance*. Paris, Éditions Métailié.
- Bereni L., Chauvin S., Jaunait A., Revillard A., 2012. *Introduction aux études sur le genre*. Louvain-la-Neuve, De Boeck.
- Bozon M., 2013. L'éducation à la sexualité, entre psychologie des différences, santé sexuelle et protection de la jeunesse. L'égalité introuvable ? *Sciences Sociales et Santé* 31(4), 97-105 [https://doi.org/10.1684/ss.2013.0406].
- Bozon M., Giami A., 1999. Les scripts sexuels ou la mise en forme du désir. Présentation de l'article de John Gagnon. *Actes de la recherche en sciences sociales* 128(3), 68-72 [https://doi.org/gorgone.univ-toulouse.fr/10.3917/arss.p1999.128n1.0068].
- Cardoso A., 2019. *Profession féministe. Sociologie du travail salarié au sein des associations féministes*. Thèse de doctorat de sociologie, Toulouse, Université Jean Jaurès.
- Chaperon S., 2001. Histoire contemporaine des sexualités : ébauche d'un bilan historiographique. *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique* 84, 5-22 [https://doi.org/10.4000/chrhc.1880].
- Clair I., 2016. La sexualité dans la relation d'enquête : décryptage d'un tabou méthodologique. *Revue française de sociologie* 57(1), 45-70 [https://doi.org/10.3917/rfs.571.0045].
- Clarke A.E., 1998. *Disciplining Reproduction: Modernity, American Life Sciences, and the Problems of Sex*. Berkeley, University of California Press.

- Conrad P., 1992. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology* 18, 209-232 [<https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>].
- Dorlin E., 2009. *La matrice de la race : généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*. Paris, La Découverte.
- Ehrenreich B., English D., 2010. *Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers*. New York City, Feminist Press.
- Fainzang S., 2006. *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris, Presse universitaire de France.
- Fonquerne L., 2021. « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! » Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception. *Santé Publique* 33(5), 663-673 [<https://doi.org/10.3917/spub.215.0663>].
- Fonquerne L., 2022. De l'examen à la prescription de contraception orale en consultation gynécologique. Le genre de l'injonction. In Courau T., Jarty J., Lapeyre N. (dir.) *Le genre des sciences. Approches épistémologiques et enjeux contemporains*. Lormont, Le Bord de l'eau, 169-186.
- Fonquerne L., 2024. Marginal et fluctuant : l'enseignement de la contraception dans les professions prescriptrices en France. *Raisons éducatives* 28(1), 101-123 [<https://doi.org/10.3917/raised.028.0101>].
- Foucault M., 1963. *Naissance de la clinique*. Paris, Presses universitaires de France.
- Foucault M., 1997. *Histoire de la sexualité II. L'usage des plaisirs*. Paris, Gallimard.
- Gagnon J., Simon W., 1973. *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality*. London, Aldine Publishing Company.
- Gelly M., 2006. *Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée*. Paris, L'Harmattan.
- Giami A., Moreau É., Moulin P., 2015. *Infirmières et sexualité : Entre soins et relation*. Rennes, Presses de l'EHESP [<https://doi.org/10.3917/ehesp.giami.2015.01>].
- Guyard L., 2010. Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir. *Nouvelles Questions Féministes* 29(3), 44-57 [<https://doi.org/10.3917/nqf.293.0044>].
- Hanmer J., 1977. Violence et contrôle social des femmes. *Questions Féministes* 1, 68-88.
- Hirata H., Laborie F., Le Doare H., Senotier D., 2004. *Dictionnaire critique du féminisme*. Paris, Presses universitaires de France.
- Hughes E. C., 1962. Good people and dirty work. *Social Problems* 10(1), 3-11 [<https://doi.org/10.2307/799402>].
- Jarty J., 2022. « N'oubliez jamais que toutes les femmes sont des salopes. » Nouvelles perspectives du soin à l'épreuve de l'ordre médical. Entretien avec Sidonie Richard, Lori Savignac (médecins généralistes) et

- Julie Rigaudière (sage-femme). In Courau T., Jarty J., Lapeyre N. (dir.) *Le genre des sciences. Approches épistémologiques et enjeux contemporains*. Lormont, Le Bord de l'eau, 187-204.
- Joubert L., 2023. Les médecins en centre de santé : des salarié·es non-subordonné·es ? *Salariat* 1(2), 95-120 [https://doi.org/10.3917/sala.002.0095].
- Joubert L., 2024. Quand les localités créent des centres de santé. Ajustements locaux d'une politique étatique de répartition médicale. *Sociologies pratiques* 48(1), 9-22 [https://doi.org/10.3917/sopr.048.0009].
- Knibiehler Y., 2016. *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX^e siècle*. Rennes, Presses de l'EHESP.
- Koechlin A., 2022. La consultation gynécologique, une instance paradoxale dans la socialisation des jeunes femmes à la sexualité. *Terrains & travaux* 40(1), 21-42 [https://doi.org/10.3917/tt.040.0021].
- Lapeyre N., 2008. De l'inflexion des normes temporelles à la redéfinition de « l'éthos professionnel ». In Le Bihan-Youinou B., Claude M. (dir.) *Concilier vie familiale & vie professionnelle en Europe*. Rennes, Presses de l'EHESP, 215-230 [https://doi.org/10.3917/ehesp.lebih.2008.01.0215].
- Lapeyre N., Le Feuvre N., 2005. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Revue française des affaires sociales* 1, 59-81 [https://doi.org/10.3917/rfas.051.0059].
- Laqueur T.W., 1992. *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*. Cambridge, Harvard University Press.
- Laqueur T.W., 2005. *Le sexe en solitaire : contribution à l'histoire culturelle de la sexualité*. Paris, Gallimard.
- Le Feuvre N., 2008. La pluralité des modèles de féminisation des professions supérieures en France et en Grande-Bretagne. In Hirata H. S., Lombardi M. R., Maruani M. (dir.) *Travail et genre : regards croisés France, Europe, Amérique latine*. Paris, La Découverte, 263-275.
- Le Guen M., Roux A., Rouzaud-Cornabas M., Fonquerne L., Thomé C., Ventola C., Le Laboratoire junior Contraception & Genre, 2017. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. *Population & Sociétés* 549(10) [https://doi.org/10.3917/popsoc.549.0001].
- Leridon H., 1987. La seconde révolution contraceptive : la régulation des naissances en France de 1950 à 1985. *Population* 42(2), 359-367 [https://doi.org/10.2307/1533089].
- Lettow S., 2015. Population, race and gender: on the genealogy of the modern politics of reproduction. *Distinktion: Journal of Social Theory* 16(3), 267-282 [https://doi.org/10.1080/1600910X.2015.1066693].
- McCartney G., Popham F., McMaster R., Cumbers A., 2019. Defining health and health inequalities. *Public Health* 172, 22-30 [https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.023].

- Mulot S., 2014. Relations de soin, cultures et inégalités de santé. *Terrains & travaux* 24(1) 39-61 [https://doi.org/10.3917/tt.024.0039].
- Roux A., 2020. « *Par amour des femmes* » ? : *la pilule contraceptive en France, genèse d'une évidence sociale et médicale (1960-2000)*. Thèse de doctorat de sociologie, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Ruault L., 2015. La force de l'âge du sexe faible. *Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine. Nouvelles Questions Féministes* 34(1), 35-50. [https://doi.org/10.3917/nqf.341.0035].
- Tain L., 2013. *Le corps reproducteur : dynamiques de genre et pratiques reproductives*. Rennes, Presses de l'EHESP.
- Thomé C., 2022. Dans les coulisses du désir spontané. Sexualité hétérosexuelle, travail des femmes et ordre du genre. *Revue française de sociologie* 63(2), 283-309 [https://doi.org/10.3917/rfs.632.0283].
- Thomé C., 2023. Hierarchies in heterosexuality: orgasms, intercourse and sexual scripts. *Sexualities* 1-18 [https://doi.org/10.1177/13634607231193347].
- Thomé C., 2024. Le genre du plaisir sexuel. Sur la place de la pénétration dans les scripts hétérosexuels ordinaires. In Coulmont B. et Maudet M. (dir.) *L'ordinaire de la sexualité*. Paris, Presses universitaires de France, 28-39.
- Tronto Joan C., 2012. *Le risque ou le care ?* Paris, Presses universitaires de France.
- Tuana N., 2004. Coming to understand: orgasm and the epistemology of ignorance. *Hypatia: A Journal of Feminist Philosophy* 19(1), 194-232 [https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2004.tb01275.x].
- Ventola C., 2017. *Prescrire, proscrire, laisser choisir : autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines*. Thèse de doctorat de sociologie, Paris, Saclay.
- Zolesio E., 2012. La relation chirurgien-patient. « J'ai pas fait parleuse. » *Sciences Sociales et Santé* 30(4), 75-98 [https://doi.org/10.1684/ss.2012.0405].

ABSTRACT

**Heteronormative and unspeakable.
Sexuality, from medical training to consultations**

Based on doctoral research in sociology, this article examines the reproduction of sexual norms, from medical training for professionals who prescribe contraception (general practitioners, gynecologists, and midwives) through to clinical consultations with patients. Little addressed in training, sexuality takes a back seat during contraceptive consultations, even when patients raise the topic themselves and opportunities for discussion are limited. This article is based on qualitative interviews with thirty-one healthcare professionals and on the observation of a hundred medical consultations in public and private healthcare facilities in the Toulouse region. The analysis is complemented by a review of a face-to-face medical course and a written midwifery course. The findings show that, being insufficiently prepared to address the topic, health care professionals often treat sexuality as a “taboo”, both theoretically (in training) and empirically (in consultations), or discuss it exclusively within a heteronormative framework. Nevertheless, the unspeakability of sexuality in consultations is avoidable, since its degree varies according to the characteristics of healthcare structures (payment system, professional composition, or even the politicization of caregivers).

Keywords : *medical consultations, contraception, medical training, France, gender, sexuality.*