

Les coûts moraux de la prise en charge de la sexualité dans le soin gynécologique

Gwénaëlle Mainsant

DANS **SCIENCES SOCIALES ET SANTÉ** 2025/2 Vol. 43 , PAGES 71 À 99
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 0294-0337

DOI 10.1684/sss.2025.0295

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-71?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](https:// 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.

Les coûts moraux de la prise en charge de la sexualité dans le soin gynécologique

Gwénaëlle Mainsant*

Résumé. Dans un contexte de politisation des questions sexuelles, cet article explore les raisons pour lesquelles la sexualité (envisagée en termes de désir et de plaisir) peine à se construire comme problème professionnel dans les pratiques de soin gynécologique. Partant de l'énigme d'une discipline gynécologique focalisée sur la santé reproductive des femmes mais pour laquelle la santé sexuelle reste marginale, j'ai mené l'enquête auprès des professionnelles (gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes) qui développent un souci de la sexualité. Je montre que la prise en charge de la sexualité a un coût moral. C'est un objet professionnel illégitime, complexe à faire exister dans la pratique médicale, qui éloigne des carrières les plus nobles. De surcroît, c'est un objet contaminant impliquant pour ces professionnelles le risque d'être perçues comme des personnes ayant des problèmes sexuels, induisant aussi une confusion entre soin sur la sexualité et travail du sexe. Enfin, c'est une mise à l'épreuve intime pour ces professionnelles car cela les expose de manière répétée et structurelle aux violences de genre générant des formes d'épuisement moral – le souci de la sexualité se révélant être avant tout une prise en charge des violences sexuelles.

Mots-clés : *professionnel·les de santé, gynécologie, sexualité, souci de la sexualité, coût moral, contamination morale, genre, violence sexuelle.*

*Sociologue, IRISSO, CNRS, Université Paris Dauphine PSL - place du Maréchal de Lattre de Tassigny – 75775 Paris Cedex 16 ; Gwenaelle.mainsant@gmail.com

La sexualité des femmes, vous êtes étudiante sage-femme, mais en fait, elle n'existe pas ! Enfin, j'ai dû avoir dans mes études, en quatrième année, je me souviens d'une sage-femme libérale qui est venue, et qui a dû peut-être nous parler pendant deux heures, voire trois heures max, du sexe de la femme. Mais autrement, le sexe, il n'existe pas. La sexualité, elle n'existe pas. Tu fais une épisio[tomie], tu suture, à aucun moment, tu n'as potentiellement l'idée qu'il y a une histoire de cicatrice dans le sexe de la femme et que potentiellement, il y a une sexualité à un moment donné qui va reprendre et que comment on fait avec un sexe avec une cicatrice ? Mais ça, personne s'en occupe ! Et en fait, c'est même pas que personne s'en occupe, c'est que ça n'existe même pas dans l'imaginaire du soignant, ça n'existe nulle part. Les gynécos, la sexualité mais putain, c'est comme si tu disais un gros mot ! Les sages-femmes aussi, hein. Enfin, c'est tellement... Je sais pas comment vous dire, c'est hallucinant, ce truc-là. Il y a un blanc total (Catherine Y., sage-femme, en libéral, spécialisée dans la prise en charge des vaginismes¹).

Comment expliquer cette position paradoxale de la sexualité dans le soin gynécologique ? Elle est à la fois tout contre le soin gynécologique (que l'on pense aux conséquences de l'accouchement, l'épisiotomie notamment, à celles de la contraception, ou encore aux effets des traitements pour la ménopause ou le cancer) tout en étant bien souvent considérée comme hors du mandat des gynécologues et des sages-femmes. Catherine Y. donne une première piste : absente des formations de sage-femme mais aussi de gynécologue, la sexualité devient inexistante dans les pratiques professionnelles et l'imaginaire des soignant·es, quand bien même leurs interventions sur les corps peuvent avoir des répercussions sur la sexualité des femmes. Toutefois, l'absence de formation peut-elle expliquer à elle seule que la sexualité peine à trouver sa place dans le soin gynécologique ?

Cet article s'attache à comprendre les freins structurels et les réticences individuelles des soignant·es à prendre en charge la sexualité. Je mets au jour les raisons pour lesquelles la sexualité peine à émerger comme problème professionnel, c'est-à-dire dont on se saisit dans la pratique professionnelle. En effet, si la sexualité a de longue date été étudiée comme objet de controverses scientifiques et de savoirs médi-

(1) Le vaginisme est un trouble sexuel lié à la contraction involontaire des muscles du plancher pelvien qui entourent l'ouverture du vagin, rendant la pénétration vaginale difficile voire impossible, et perturbant à ce titre le script hétérosexuel majoritaire.

caux, elle l'est moins comme objet de la pratique médicale – objet professionnel, d'évitement ou au contraire de diagnostic et de traitement. Dit autrement, la plupart des recherches (Foucault, 1976 ; Cacchioni et Tiefer, 2012 ; Gardey et Vuille, 2018 ; Epstein, 2022) s'intéressent davantage à la manière dont la sexualité fait problème (ou est problématisée dans des termes foucauldien), moins aux manières dont les professionnel·les s'en saisissent et à ce que ça leur fait de s'en saisir. Or, la gynécologie est une « médecine de l'intime (de la sexualité, de la procréation, des parties du corps considérées comme les plus privées) » (Vuille, 2020 : 329) qui implique un suivi régulier des femmes tout au long de leur vie², ce qui en fait un lieu de prédilection pour étudier les effets des institutions sur la sexualité.

Les travaux sociologiques sur la gynécologie ont peu exploré cette question frontalement, même si elle apparaît de manière connexe à de nombreuses recherches, et par à-coups : posée dès 1988 dans un article précurseur, elle resurgit depuis lors comme un problème à chaque fois inédit. En 1988, Monique Dagnaud et Dominique Mehl s'interrogent sur l'autonomie de la profession de gynécologue face aux demandes des patientes dans un contexte post-68. Parmi ces demandes, les sociologues évoquent la sexualité, présupposant qu'elle est traitée en consultation, mais elles lui substituent, sans l'explicitier, une réflexion sur le désir d'enfant dans un contexte d'émergence de la procréation médicalement assistée. Plus tardivement, la question de la sexualité affleure dans des travaux ethnographiques, tout d'abord dans la thèse de Laurence Guyard, seule recherche d'ampleur consacrée à la consultation gynécologique dans les années 2000, puis à partir des années 2010, dans l'effervescence des travaux sur la gynécologie qui émergent à la suite de la crise de la pilule et du mouvement contre les violences gynécologiques et obstétricales (Rozée et Schantz, 2021). Laurence Guyard montre que la consultation gynécologique n'est considérée ni par les gynécologues ni par les patientes « comme un espace légitime ou approprié pour parler de sexualité » et que cela tient au fait que les médecins ne sont pas dans leur grande majorité « disposés à recevoir ces paroles » (Guyard, 2010a : 47). Elle met en évidence la place marginale de la sexualité dans les consultations gynécologiques et l'oubli du plaisir sexuel au profit d'une approche en termes de prévention des risques, qu'il s'agisse des infections sexuellement transmissibles ou des grossesses non désirées (Guyard, 2010a : 50).

(2) Ce caractère suivi du soin gynécologique peut être remis en cause comme contestation de la norme gynécologique (Koechlin, 2022b), mais aussi en raison des inégalités d'accès aux soins des femmes.

Lucile Ruault (2015) insiste sur le fait que la consultation gynécologique est un espace normatif qui scande les âges de la vie des femmes, distinguant les périodes où elles sont supposées avoir (ou pas) une sexualité active. Elle montre que les professionnelles, en s'appuyant sur une présomption d'hétérosexualité et de sexualité pénétrative, n'interrogent pas la réalité des pratiques sexuelles des patientes. Quand il leur arrive de parler de sexualité, les professionnelles le font avec les femmes jeunes, même si elles se sentent mal à l'aise, sous l'impulsion d'un impératif d'éducation sexuelle, comme l'indique Aurore Koechlin (2022a). Elles mobilisent alors avant tout une approche médicale, liée à leur formation en médecine, elles s'appuient parfois également sur des connaissances émanant « d'un savoir profane fondé sur le bon sens et/ou l'expérience personnelle » (Schweizer *et al.*, 2013) pour le cas suisse, ou des « savoirs sexologiques profanes » (Koechlin, 2022a) pour le cas français³. En résumé, ces travaux ont documenté les apparitions incidentes de la sexualité en consultation et la codification morale des âges de la vie des femmes qui les accompagnent. Ils pointent la résistance à aborder les questions sexuelles en consultation et la faible prise en charge de la sexualité, sa médicalisation systématique, l'éviction de la notion de plaisir, le ciblage des jeunes femmes dans une perspective éducative et la prégnance des représentations profanes des professionnelles quand il arrive que la sexualité soit évoquée. *In fine*, la sexualité apparaît traitée comme un questionnement qui surgit au détour d'observations menées sur d'autres thématiques d'enquête (pour les chercheuses) et comme un sujet qui peine à trouver sa place dans la consultation elle-même (pour les soignant·es). Ainsi, la sexualité est conjointement peu présente en gynécologie et en sociologie de la gynécologie.

Ce constat est paradoxal dans un contexte marqué, depuis une quinzaine d'années, par une politisation des questions sexuelles et une critique forte de la gynécologie. Le mouvement #MeToo, débuté en 2017 avec l'affaire Harvey Weinstein, producteur de cinéma accusé de multiples agressions sexuelles, a, de manière inédite, donné une visibilité médiatique aux violences sexuelles, mis la question du consentement au cœur de l'agenda politique et contribué à politiser à grande échelle la domination masculine. Cette politisation des violences sexuelles va de pair avec une critique de la gynécologie amorcée avec la « crise de

(3) Certains travaux analysent la manière dont la sexualité intervient de manière connexe à d'autres pathologies, telles que l'endométriose (Millepied, 2024) ou d'autres tâches relevant du mandat des gynécologues, telles l'IVG (Perrin, 2024) ou la contraception (Fonquerne, 2021), notamment.

la pilule » en 2012, à la suite des décès de jeunes femmes prenant des pilules de quatrième génération, qui déclenche une contestation plus générale de l'emprise médicale sur le corps des femmes, questionne le consentement des femmes aux examens médicaux et dénonce les violences gynécologiques et obstétricales. Enfin, la sexualité n'est plus seulement médicalisée, elle fait l'objet d'un processus de sanitarisation (Giami, 2002 ; Epstein, 2022) et de politiques publiques. L'État français a mis en place depuis 2018 une stratégie nationale de santé sexuelle, préfiguration d'une politique publique visant à promouvoir une version inclusive de la santé sexuelle, de même qu'un service sanitaire dans le cursus des études de médecine qui comprend un volet dédié à la santé sexuelle. La sexualité redéfinie en santé sexuelle⁴ fait *a priori* partie du soin donc du mandat des professions médicales, mais, ne renvoyant pas directement à une pathologie, elle en questionne les frontières. Ainsi, la sexualité comme ensemble de pratiques et de représentations liées au désir et au plaisir, aux pratiques érotiques reste un objet professionnel qui ne s'impose pas avec la force de l'évidence aux soignant·es, quand bien même le lieu du soin (le sexe des femmes cis) et le caractère répété des consultations gynécologiques (soutenu par la norme gynécologique [Koechlin, 2022b]) en favoriseraient l'émergence.

Pourquoi le soin gynécologique méconnaît, ignore, voire invisibilise et résiste-t-il autant à la prise en charge de la sexualité ? Pour éclairer les raisons de cette absence, je partirai des récits de celles qui développent un souci de la sexualité dans le soin gynécologique. Parler de « souci de la sexualité » me permet d'analyser la manière dont émerge un problème professionnel à l'échelle des pratiques professionnelles et des trajectoires individuelles sans adopter une approche de sociologie des professions où j'étudierais l'émergence d'un segment professionnel qui s'arrogerait un nouveau territoire professionnel et sans me restreindre aux formes certifiées ou institutionnalisées (telles que détenir un diplôme universitaire de sexologie). En effet, ici les professions considérées sont multiples (gynécologues médicales, gynécologues obstétricales et chirurgicales et sages-femmes⁵), mais elles délivrent un soin commun : la gynécologie. Si les professionnelles ont des degrés de spécialisation divers (d'une attention flottante à

(4) La santé sexuelle a été (re)définie par l'OMS en 2002 [comme] « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, [qui ne se résume pas] seulement [à] l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité ».

(5) Les sages-femmes sont habilitées depuis 2019 à faire le suivi gynécologique.

une autoformation jusqu'au suivi d'un diplôme universitaire spécialisé), elles ont en commun d'avoir développé une forme d'expertise en matière de sexualité et constitué la sexualité en objet professionnel, ici en objet de soin⁶.

Ce questionnement à l'échelle du soin gynécologique s'inscrit dans une recherche plus large sur la prise en charge des sexualités féminine et masculine par les professionnel·les de soin et de santé, afin de saisir les formes différentielles et genrées de prise en charge du désir et du plaisir et d'envisager ces formes de gouvernement de la sexualité comme un foyer de constitution de l'hétérosexualité et de reconduction des normes de genre. Ma recherche porte principalement sur la prise en charge de l'hétérosexualité et moins sur celle des sexualités minoritaires, qui a davantage été étudiée en sciences sociales de la sexualité en raison des financements liés au VIH-Sida et de leur pathologisation ancienne (Court *et al.*, 2023). J'explore dans cet article une modalité particulière du gouvernement de la sexualité par les mondes du soin : le soin gynécologique. Entre les mains de trois professions fortement féminisées, ce dernier participe d'un gouvernement du corps des femmes par les femmes (Koechlin, 2022b) sous-tendu par une présomption d'hétérosexualité pour les patientes (Ruault, 2015).

Mon article se structure en trois temps. Dans un premier temps, je m'intéresse aux manières dont les professionnelles enquêtées expliquent le désintérêt de leurs collègues montrant comment, à travers le récit de cet aveuglement, elles définissent en creux ce que serait la bonne posture du ou de la soignant·e. Ensuite, m'attelant à l'analyse de leurs trajectoires, je montre que développer un souci de la sexualité pour les soignantes les engage sur une voie de spécialisation illégitime. Au-delà même de l'illégitimité de la sexualité comme objet professionnel, l'enquête révèle que prendre en charge la sexualité engendre des coûts moraux : la contamination morale de la soignante et une mise à l'épreuve intime⁷.

(6) La notion de *souci de la sexualité* faisant écho au vocabulaire foucaldien du *souci de soi* vise à insister sur l'attention prêtée à la sexualité comme part constitutive de la santé et du soin dispensé.

(7) Je tiens à remercier grandement les soignantes et soignants qui ont accepté de se prêter avec patience au jeu de l'entretien sociologique et sans l'appui desquel·les cette recherche n'aurait pas pu voir le jour. Cet article a de surcroît bénéficié des relectures stimulantes et enrichissantes de Marie Le Clainche-Piel, Cécile Thomé, Christine Hamelin, Anne Lambert et Altaïr Desprez, ainsi que des évaluateurs·rices de cet article et des personnes qui ont discuté des versions antérieures de ce texte lors de séminaires.

Méthode et matériaux

Je mobilise un corpus de 22 entretiens avec des professionnelles du soin gynécologique. Le recrutement s'est fait par interconnaissance et ensuite par effet boule de neige, avec un taux d'acceptation d'environ un sur deux, malgré mes relances. J'ai contacté les personnes pour répondre à une enquête portant sur les « professionnels de santé et la sexualité », que j'ai renommée « professionnels de santé et santé sexuelle » à mesure que le terme s'est banalisé.

Les entretiens, conduits entre 2019 et 2023, durent entre une demi-heure et six heures, ils se sont déroulés en présentiel, en visio ou par téléphone selon le lieu de résidence des enquêté-es mais aussi parce que parler de sexualité lors d'un entretien à distance a pu s'avérer plus simple dans la relation d'enquête (Lévy-Guillain *et al.*, 2022). Les entretiens portent sur la trajectoire de ces personnes, leur activité professionnelle, l'émergence (ou non) de demandes de prise en charge en matière de santé sexuelle de la part des patient-es, la manière dont elles et ils se saisissent ou non des questions sexuelles. Je les invitais ensuite à décrire des cas pour comprendre leurs pratiques professionnelles de traitement, de délégation, ou d'ignorance délibérée du problème.

Mon corpus se compose d'une gynécologue médicale, de cinq gynécologues obstétricien·nes (quatre femmes et un homme), six médecins généralistes avec diplôme universitaire (DU) de gynécologie et/ou de sexologie, une gynécologue médicale et dix sages-femmes avec DU de gynécologie et/ou de sexologie. Il rassemble vingt et une femmes et un homme. Certes les professions de santé sont très féminisées mais le *sex ratio* de mon corpus excède celui des sages-femmes ou des gynécologues. Les hommes sollicités m'ont très rarement répondu favorablement (un seul) et davantage réorientée vers d'autres collègues s'ils étaient chefs de service. Or, ces hommes avaient été ciblés spécifiquement pour diversifier mon corpus du point de vue du genre et de l'âge, en embrassant le point de vue d'hommes, plus âgés, issus de générations moins favorables au féminisme. Mon corpus est donc quasiment uniquement féminin, le seul entretien conduit avec un homme ayant duré une demi-heure. J'emploierai donc le féminin pluriel. Les professionnelles ont entre 27 et 88 ans, la majorité est trentenaire, ce qui est probablement révélateur d'un effet de génération sensible au féminisme et à la santé sexuelle mais aussi de proximité avec l'enquêtrice. Elles exercent ou ont exercé en hôpital, dans des centres municipaux de santé ou en cabinet libéral à Paris et en région, y compris dans des déserts médicaux. Trois sont retraitées.

Si j'ai annoncé explicitement une enquête sur la prise en charge de la sexualité, celles qui m'ont répondu positivement n'en étaient pas toutes spécialistes. Certaines avaient des consultations dédiées à la sexologie ou à l'andrologie⁸ ; d'autres étaient attentives aux enjeux de sexualité dans leurs consultations de gynécologie ; d'autres ont accepté de répondre à l'enquête (par curiosité ou par amitié pour la personne qui me recommandait) mais n'évoquaient pas la sexualité dans leurs consultations. Certaines s'étaient formées en sexologie, andrologie, santé sexuelle par le biais de diplômes universitaires (DU), d'autres s'étaient autoformées par des lectures ou des podcasts de patientes (non spécifiquement féministes) ou des podcasts féministes, et d'autres enfin en parlaient sans pour autant s'être formées, revendiquant une approche holiste du soin. Même si certaines associent le souci de la sexualité à une prise de conscience féministe, cette posture est minoritaire, la plupart ne se revendiquent pas féministes⁹. La diversité d'attention prêtée à la sexualité et le degré plus ou moins formel de spécialisation en sexologie permettent de saisir différentes modalités de constitution de la sexualité comme objet professionnel à l'échelle des trajectoires individuelles. Ces professionnelles reçoivent majoritairement des femmes mais peuvent aussi recevoir quelques hommes ou couples de patient·es quand elles ouvrent des consultations dédiées à la sexologie ou l'andrologie.

Des conditions structurelles défavorables au développement du souci de la sexualité chez les soignant·es

Mes enquêtées, gynécologues, médecins généralistes ou sages-femmes décrivent et critiquent l'ignorance, le non-traitement, la mise sous silence, les « stratégies d'évitement » (Giami, 2010) de la sexualité dans les consultations de leurs collègues. Selon elles, la majorité d'entre elles·eux ne s'emparent pas de ces questions, demandes, troubles ou

(8) L'andrologie est une spécialité médicale consacrée à la fertilité et à la sexualité masculine, que suivent certain·es gynécologues accompagnant des parcours de procréation médicalement assistée.

(9) Comme le montre Élisabeth Herman (2013), toutes les travailleuses sociales engagées dans la lutte contre les violences conjugales ne sont pas mues par des convictions féministes.

pathologies. Elles expliquent cela de différentes manières et définissent en creux ce que serait la bonne posture de soignant·e telle qu'elles-mêmes l'endossent.

Le principal motif d'explication évoqué est l'absence de formation sur la santé sexuelle durant les études de médecine. « *La médecine n'est pas assez formatrice là-dessus et pas assez ouverte là-dessus et c'est un souci* » rapporte Alix B., médecin généraliste (DU gynécologie, DU sexologie, centre de santé). Certaines ironisent sur le fait qu'elles en ont plus appris lors de leurs études de gynécologie sur les dysfonctions érectiles masculines que sur la sexualité des femmes (Fonquerne, dans ce dossier).

Dans mes études, je n'ai plus dû en [de sexualité] entendre parler souvent. [...] Alors si, un petit peu en gynécologie pour les douleurs, les dyspareunies. Et puis c'est tout. [...] Et après chez l'homme, on a dû évoquer les dysfonctions érectiles, mais c'est vraiment survolé. Et après dans le cursus de gynéco, ça ne fait pas du tout partie de ce qui est transmis durant l'internat. Un vagin ça sert à accoucher, voilà [rires] (Julie K., médecin généraliste, DU gynécologie, DU sexologie, centre hospitalier).

Ceci fait écho à d'autres recherches qui font état de l'absence de formation en gynécologie sur la sexualité des femmes (Aïach et Delanoë, 1998 ; Guyard, 2010b ; Koechlin, 2022a). Les sages-femmes posent le même diagnostic, comme le souligne Catherine Y. dans l'extrait qui ouvre cet article. Le registre médical autorise la dissociation des fonctions autour des mêmes organes et fait de la santé reproductive le cœur du mandat professionnel, tandis que la santé sexuelle se trouve reléguée aux marges.

Au fur et à mesure, j'étais un peu frustrée parce que les patientes me posaient des questions sur la sexualité, je savais pas quoi leur répondre et je me suis dit, c'est quand même un peu, hypocrite, permettez-moi l'expression, d'avoir le nez dedans toute la journée, mais de ne pas être capable d'en parler parce que c'est vrai que finalement les organes génitaux vont peut-être nous permettre de nous reproduire une ou deux fois ou zéro, ou peut-être plus, mais la fonction première dans la vie finalement, c'est pas ça. Et du coup, je me suis dit qu'il me manquait quelque chose (Julie K., médecin généraliste, DU gynécologie, DU sexologie, centre hospitalier).

Julie K. dénonce « l'hypocrisie » du gynécologue, qui « *a le nez dans les organes génitaux* » sans pour autant prendre en considération la sexualité. Dans les études de médecine, le corps est appréhendé

« comme morcelé, selon les spécialités médicales dédiées aux différents organes » (Fonquerne, 2020 : 69). La soignante apprend à considérer le sexe des femmes comme le lieu de la reproduction et non celui de la sexualité, à dissocier la fonction reproductive de la fonction sexuelle : n'étant formée qu'à soigner la première, elle considère la seconde hors de son champ d'intervention professionnel.

De surcroît, mes enquêtées suggèrent que prendre en charge la sexualité déstabiliserait le rapport dominant-dominé qui s'instaure entre médecin et patient·e dans le soin.

Oui, ça, je pense qu'il y a beaucoup de médecins qui ont quand même un ego assez large et qui ne veulent pas se sentir en difficulté face à un patient parce qu'ils ne savent pas, et c'est compliqué pour beaucoup de personnes de dire : « Je ne sais pas », alors qu'il n'y a pas de honte à ça. Je le vois aussi dans les discours des patientes, quand elles me disent : « J'ai vu untel [qui m'a dit] : "Écoutez, je ne peux plus rien pour vous, c'est dans la tête." » Il y a des phrases comme ça toutes faites où le médecin botte en touche parce que, le médecin, il est face à une zone blanche. Il n'a pas envie de perdre, certainement du temps et de l'énergie quand il sent qu'il est dans une impasse. Ça vous étonne ? [Rires] C'est pas rare d'entendre une patiente dire : « On m'a dit qu'on ne pouvait plus rien pour moi. » C'est horrible d'entendre ça (Julie K., médecin généraliste, DU gynécologie, DU sexologie, centre hospitalier).

Le médecin ne pose pas les questions auxquelles il a pas de réponse. Ce qui est avancé sur la sexualité, c'est : « Ouais, si je lui parle de sexualité mais que derrière, je sais pas quoi lui proposer pour l'aider, ça sert à rien. » En fait, sous-jacent c'est plutôt : « Moi je me sens impuissant. » Et le médecin déteste se sentir impuissant (Chloé D., gynécologue chirurgicale, DU sexologie, CHU).

Julie K. et Chloé D. mettent en avant la difficulté des médecins à admettre de ne pas pouvoir apporter de réponses aux demandes de leurs patientes car la médecine se pense comme une discipline qui résout des problèmes et donne des solutions. Elles expliquent l'évitement de la sexualité en des termes psychologiques, qui renvoient à l'ego des médecins et au fait qu'ils n'aimeraient pas se sentir impuissants. Si l'interprétation est ici psychologique et la posture du médecin genrée au masculin, on peut y lire la remise en cause d'une posture masculine surplombante et de la domination médicale à laquelle les médecins sont socialisés pendant leurs études (Perrin, 2024 : 46). Le fait même

que les médecins puissent botter en touche face aux sollicitations relatives à la sexualité révèle en creux la situation de domination dans laquelle ils se trouvent relativement à leurs patient·es.

Au-delà, c'est le tabou ou le malaise qu'invoquent mes enquêtées pour expliquer la réticence de leurs collègues à embrasser les questions de sexualité. La sexualité est un domaine de pratiques qui, en raison de son statut moral dans nos sociétés peut convoquer la gêne (Hinchliff *et al.*, 2004), voire être assimilé à l'érotisme et non à la médecine.

Et on s'est aperçus très rapidement [suite à la loi Neuwirth, qui légalise la contraception en 1967], chez les médecins, qu'il y avait ceux qui pouvaient parler très librement de sexualité qui, généralement, étaient ceux qui étaient à l'aise avec leur propre sexualité et ceux qui ne voulaient pas en parler parce que soit pour des raisons religieuses ou morales, soit parce que c'était un sujet tabou pour eux, dans lequel ils n'étaient pas du tout à l'aise avec des gens étrangers (Anna W., gynécologue médicale à la retraite, auparavant en cabinet libéral et hôpital).

Ici Anna W., gynécologue pionnière de la contraception évoque le malaise de ses collègues dans les années 1970, malaise que Manon B. retrouve parmi ses collègues actuels :

Et puis, il y a aussi ce truc de rester aussi dans la position... Je suis médecin, je fais la gynéco-obstétricienne, et en fait, ce truc du clitoris, par exemple, je trouve ça ouf de... Enfin, juste c'est un organe... Je veux dire, il y a vraiment un truc que j'ai du mal... Qu'aujourd'hui, en tout cas, je comprends plus à quel point il y a eu ce truc de tabou autour de ces médecins qui osent pas trop en parler et tout. Et je leur [à ses patientes] donne pas des films pornos, je leur parle pas de pratiques. On peut en parler de manière complètement libre, sans être du tout ni vulgaire, ni dans un truc... (Manon B., gynécologue obstétricale, CHU et libéral).

Manon B. insiste sur son incompréhension vis-à-vis de cette gêne encore aujourd'hui. Toutefois, la mise en équivalence qu'elle fait (tout en la récusant) entre parler de pratiques sexuelles et regarder un film pornographique, révèle, même chez elle qui est à l'aise avec la sexualité, le risque latent d'une contamination, comme si la sexualité ne relevait que de l'érotisme et ne pouvait être un objet de soin. Si le malaise à parler de sexualité chez les soignant·es semble partagé par toutes, l'impuissance apparaît comme une réticence propre aux médecins.

Enfin, le souci de la sexualité serait incompatible avec les cadences des consultations car aborder la sexualité, ce serait ouvrir la « boîte de Pandore » (Gott *et al.*, 2004). Jérôme Greffion (2019) a montré que le temps est un « bien rare » lors des consultations médicales et les consultations gynécologiques sont elles aussi « timées » (Fonquerne, 2020). Or la sexualité perturberait la temporalité des consultations à deux titres. D'une part, la sexualité est un « *sujet de poignée de porte* », ainsi que la désignent avec plus ou moins d'humour, mes enquêtées, c'est-à-dire un sujet que la patiente n'ose aborder qu'en fin de consultation lorsqu'elle a la main sur la poignée de la porte et s'apprête à sortir¹⁰. D'autre part, la sexualité est perçue comme un sujet qui nécessite du temps pour être abordé parce qu'il relève de l'intime, du tabou et qu'il implique des « questions ouvertes » qui prennent davantage de temps qu'un questionnaire (Fonquerne, 2020 : 70). De ce fait la sexualité ferait déborder les plannings des médecins et des sages-femmes.

Il y a une collègue qui disait à juste titre sur les violences : « Tu sais que quand tu poses la question des violences, il faut que tu sois prête à encaisser la réponse », donc il y a des choix en fait. Simplement on va pas la poser parce que quand t'as déjà une heure de retard et bon bah, tu sais que la réponse risque d'être rude et que tu risques d'en avoir pour quinze minutes de retard en plus. C'est dingue mais tu vois, là, l'impératif du temps retentit beaucoup sur certaines questions, notamment la sexualité (Marie A., médecin généraliste, DU gynécologie, cabinet libéral).

Marie A. compare les questions relatives à la sexualité à celles relatives aux violences, qui sortent de l'interrogatoire médical dès que le ou la professionnel·le est en retard, ne peut « *encaisser les réponses* » ou ne dispose pas de relais si la patiente déclarait être victime de violence ou avoir des questionnements relatifs à la sexualité. La sexualité conserve ainsi un statut accessoire dans le soin.

(10) Laurence Guyard (2010) avance l'idée que c'est l'absence de demandes de la part des patientes qui expliquerait que les questions sexuelles ne soient pas abordées en consultation gynécologiques, car les patientes auraient incorporé la conviction que la consultation gynécologique n'est pas le lieu approprié et auraient peur d'être jugées dans leur sexualité. Toutefois, cela ne se retrouve que de manière très marginale dans mes entretiens, mes enquêtées témoignent plutôt des sollicitations par les patientes.

Absence de formation des médecins et sages-femmes, impuissance des médecins qui ne savent pas répondre, incompatibilité avec les cadences de consultations, malaise, les explications ont trait à la formation, l'éthos médical, au statut moral de la sexualité et aux conditions de travail. Toutes ces raisons font que la majorité des professionnel·les ne développe pas de souci de la sexualité. La santé reproductive est au cœur du soin gynécologique tandis que la santé sexuelle reste secondaire. En filigrane, mes enquêtes esquissent ce que serait, selon elles, une bonne posture de soignante : considérer les patientes de manière globale et avoir une approche holiste de la santé, donner du temps et de l'attention, accepter la remise en question par les demandes des patientes et se former pour y répondre, et enfin, faire du tabou un objet de soin¹¹. Mais si l'on se place à l'échelle des professionnelles elles-mêmes qui ont développé ce souci de la sexualité, quelles difficultés voit-on apparaître ?

Le souci de la sexualité, un objet professionnel illégitime ?

Les embûches rencontrées par les soignantes qui développent un souci de la sexualité témoignent du peu de légitimité de la sexualité comme objet professionnel. Plusieurs indices trahissent cette faible légitimité : difficultés d'accès à la formation, créneaux de consultations limités, effets sur les carrières et échanges avec leurs collègues. Ces difficultés ne sont pas les mêmes pour les médecins spécialistes ou généralistes et les sages-femmes, qui occupent des places distinctes dans la hiérarchie des professions médicales, mais aussi selon le cadre d'exercice entre centre hospitalier, centre de santé ou pratique libérale.

Tout d'abord, s'intéresser aux questions de sexualité en tant que soignante est un choix difficile à imposer pour la plupart d'entre elles – notamment, quand elles travaillent en structures hospitalières. Les sages-femmes doivent batailler pour pouvoir se former : certaines attendent longtemps avant de voir leur diplôme universitaire financé,

(11) Bien évidemment, il ne s'agit pas d'avoir une lecture présentiste de ces refus ou de ces aveuglements des professionnel·les à parler de sexualité, on peut faire l'hypothèse qu'ils s'inscrivent dans l'histoire d'une discipline médicale qui a découpé le corps et ses fonctions, produit des processus de spécialisation, voire d'hyperspécialisation, et d'une profession médicale qui a valorisé la virtuosité technique au détriment de la relation aux patientes, renforcée par des effets de socialisation entre pairs tout au long des études de médecine et de sages-femmes, même si je n'ai pas enquêté directement sur ces aspects.

d'autres, de guerre lasse, finissent par le financer elles-mêmes ou le faire financer par leurs proches et étudient sur leur temps libre pendant trois années – ce qui en fait un DU très long relativement à d'autres formations. Les gynécologues obstétricales et chirurgiennes mentionnent moins la difficulté à se former que la faible légitimité de la sexualité comme objet d'expertise.

Ben moi, le DU de sexologie, j'ai décidé de le faire. [...] C'est pas valorisé, en fait. Au début de mon internat en tout cas, aujourd'hui, maintenant on entend beaucoup parler. Certains sont encore dans un peu dans le old school et ils comprennent pas trop à quoi ça sert, mais de plus en plus... Quand je dis, je fais de la sexo, les gens se saisissent du sujet et sont intéressés, alors qu'à l'époque j'en entendais pas parler. Et du coup, on présentait pas ça comme quelque chose qui avait du sens dans notre formation. Oui, du coup j'ai fait les DU classiques que tout le monde fait et qui sont plus évidents comme l'échographie, des trucs sur la chirurgie, des trucs très ancrés dans le médical, quoi. [...] Je pense qu'il y a une question d'âge, hein, parce que moi on m'a déjà dit, il y a pas si longtemps que c'était marrant que je fasse ça, c'était plutôt quelque chose qu'on fait en fin de carrière pour changer. [...] Et il y a aussi un effet bah la sexo, c'est un peu la sur-spécialisation annexe. Avant, il faut d'abord être très bon en obstétrique, dans les domaines essentiels finalement, et donc on va hiérarchiser les formations dans ce qui est essentiel et enfin vital. En gros, il faut faire le DU d'écho. Alors moi j'ai fait mon DU d'écho. Je l'ai fait parce qu'on m'a dit qu'il fallait le faire et il faut faire plutôt des trucs de chirurgie, et donc la sexo, c'est un petit peu du loisir, c'est pas très valorisé (Chloé D. gynécologue chirurgicale, DU sexologie, CHU).

La santé sexuelle apparaît comme secondaire par rapport à des sujets comme l'échographie ou l'oncologie. De ce fait, c'est une spécialisation qu'on ne pourrait faire qu'en fin de carrière, après s'être formé dans d'autres domaines plus légitimes ; celles qui enfreignent cette règle se voient rappelées à l'ordre. Se spécialiser en santé sexuelle pour une gynécologue obstétricale, c'est vivre un déclassement, comme le raconte Manon B.

Là, je reconnais mon endroit. Je me dis, bon, en fait, là, quand on parle de santé sexuelle et reproductive, de féminisme, d'engagement, ça y est. C'est plus moi que d'aller faire des amniocentèses en 3D [mais c'est difficile à assumer comme choix] dans une profession qui est élitiste, avec ce truc de l'hyperspécialité, qui est beaucoup mis en valeur (Manon B., gynécologue obstétricale, libérale et hospitalière).

En effet, être médecin spécialiste est plus valorisé qu'être médecin généraliste et entre elles, les spécialisations sont hiérarchisées par des critères de prestige de carrière qui recouvrent des différences d'origine sociale et de sexe (Jaisson, 2002). Toutefois, ces deux professionnelles ont fini par se spécialiser en santé sexuelle malgré leur conscience du déclassement, dans un moment de crise de la pilule et de politisation des violences gynécologiques. On peut faire l'hypothèse que l'intérêt croissant pour les questions de santé sexuelle, dans la société en général mais aussi dans la médecine, infuse au sein des nouvelles générations de gynécologues et participe à terme à infléchir les hiérarchies entre spécialités médicales, validant ainsi les choix professionnels de mes enquêtées.

De surcroît, la sexualité est un objet professionnel difficile à faire exister en consultation. La première difficulté réside dans le fait d'ouvrir des consultations en sexologie. Médecins et sages-femmes qui ont validé un diplôme de sexologie ou d'andrologie déplorent le peu d'espace que leur accorde l'institution hospitalière (souvent dans des unités vitrines de l'attention prêtée aux violences sexistes et sexuelles [VSS] inspirées de la Maison des femmes de Saint-Denis) : elles ont des vacations de consultations très limitées, des temps d'attente très longs sans avoir la possibilité d'étendre leurs créneaux de consultations, ce qui rend le suivi des patientes difficile. L'installation partielle en tant que sexologue dans une institution hospitalière est donc restreinte pour la plupart d'entre elles¹². Certaines sages-femmes et médecins généralistes qui envisagent de s'installer en libéral plus tard, voient la formation en sexologie comme une ressource à plus long terme : « *Une autre corde à mon arc, [...] une compétence supplémentaire que je pourrai proposer aux patientes en libéral* » (Muriel J., sage-femme, DU sexologie, CHU). En faisant un DU de sexologie, Julie K., médecin généraliste officiant comme gynécologue médicale, s'est repositionnée dans son service hospitalier, dominé par les gynécologues obstétricaux : elle est devenue la médecin plébiscitée par les patientes, celle à laquelle « *les petites dames aiment parler* ». Pourtant, les professionnelles en libéral, médecins comme sages-femmes, qui ouvrent des consultations de sexologie, déplorent le fort taux d'annulation des rendez-vous, sans commune

(12) Cette installation est d'autant plus compromise dans le contexte de pénurie budgétaire dans le secteur de la santé que les consultations de sexologie ne correspondent pas à la nomenclature de tarification des actes en vigueur à l'hôpital. Elles sont souvent facturées en référence au poste occupé par la soignante alors que les consultations de sexologie durent plus longtemps que celles de gynécologie.

mesure avec ceux en gynécologie¹³, qui les amène souvent à réduire leurs créneaux en sexologie en raison de leur faible rentabilité liée à la volatilité de la patientèle. Celles ayant des consultations de sexologie à l'hôpital témoignent de même de ces annulations fréquentes, mais elles sont protégées par le salariat.

Au-delà, la sexualité est un objet professionnel peu valorisé dans les collectifs de travail. Les professionnelles qui développent un souci de la sexualité déplorent que leurs collègues soient peu intéressés par la sexologie et leur envoient rarement de patientes. Si l'organisation ne promeut ni la formation ni les consultations de sexologie, leurs collègues peuvent toutefois être soulagés de déléguer les questions autour de la sexualité : « *Ils aiment bien pouvoir renvoyer les petites dames.* » Ces professionnelles qui ont développé un souci de la sexualité recherchent des formes de valorisation dans l'entre soi, maintiennent des liens avec celles et ceux qui ont suivi le même DU qu'elles, participent à des groupes d'échanges de pratiques ou à des groupes de médecins féministes et valorisent une proximité avec les sciences sociales, participant activement à des colloques, tables rondes, etc. Elles cherchent aussi des gratifications symboliques à côté du travail, en écrivant des ouvrages sur la sexualité, en en faisant la promotion, en réalisant des podcasts, et certaines d'entre elles, minoritaires, trouvent de cette manière une revalorisation de leur travail par le féminisme. Par ailleurs, ce sont les patientes et la demande croissante de consultations qui les font se sentir valorisées, étalonnent leur travail et leur permettent parfois de rééquilibrer les rapports au sein du service. Elles insistent sur l'importance de ma recherche en sociologie qu'elles envisagent comme un moyen de légitimer la prise en charge de la santé sexuelle et, ce faisant, leur travail, alors même que je n'ai pas revendiqué un positionnement de recherche action : « *Merci à vous de vous intéresser à la sexualité des gens. Voilà, je pense que ça fait partie des choses qui peuvent faire avancer donc. [...]* Merci à vous de promouvoir la sexo et l'éducation à la sexualité, ça permettra d'avancer » (Lucile S., sage-femme, DU sexologie, CHU).

(13) Ceci se retrouve chez d'autres professionnel·les de santé dispensant des consultations de sexologie. La plupart de mes enquêtées explique cette volatilité des rendez-vous par la difficulté à prendre un rendez-vous pour parler spécifiquement et explicitement de sexualité. La seule thèse consacrée aux patient·es de sexologues, menée par David Michels, porte sur la période précédant l'émergence des plateformes de prise de rendez-vous médicaux. Il expose les différents itinéraires thérapeutiques des patient·es vers la consultation de sexologie et raconte la difficulté à prendre rendez-vous chez un sexologue (Michels, 2013 : 187-213).

Ces différents indices attestent de la faible légitimité de la sexualité comme objet professionnel et ses effets potentiellement déclassants, sa faible valorisation au sein des collectifs de travail qui amènent les professionnel·les à s'entourer de personnes qui s'y intéressent aussi. Toutefois, la sexualité n'est pas seulement un objet illégitime parmi les hiérarchies symboliques du soin, c'est aussi un objet qui a un coût (Paillet, 2007), un coût qui est moral : le souci de la sexualité contamine ces professionnelles femmes et, les exposant aux violences de genre, il les met à l'épreuve.

Les coûts moraux du souci de la sexualité : contamination et mise à l'épreuve intime

Le souci de la sexualité n'est pas seulement délégitimé, il est aussi contaminant pour la soignante. En effet, la sexualité n'est pas un objet professionnel anodin (Giami, 2010). Travailler avec la sexualité – si l'on pense au travail du sexe notamment – reste stigmatisé, pour les prostitué·es/*sex workers* et leur entourage (Pheterson, 2001). Travailler sur la sexualité, en particulier la prostitution, ne l'est pas moins, comme je l'ai montré pour les policiers qui travaillent dans les services des mœurs. Ces derniers, majoritairement des hommes, sont en permanence menacés d'être contaminés par le stigmate des prostituées elles-mêmes, qui constituent les populations cibles de leurs enquêtes mais aussi leurs informatrices. Toujours placés sous le sceau du soupçon, ils développent des stratégies pour mettre à distance le stigmate (de débauche) et le soupçon (de corruption) et empêcher la contamination morale (Mainsant, 2021). Ce spectre de la contamination détermine les pratiques de travail, le réglage d'une juste distance (physique, morale et émotionnelle) avec leurs populations cibles et leur position (plus ou moins prestigieuse) dans l'institution. La notion de contamination morale, forgée par Goffman (1968) dans *Asiles*, désigne la manière dont, dans des asiles, la promiscuité entre des malades mentaux aux propriétés sociales hétérogènes fait courir le risque aux « normaux » d'être contaminés par les propriétés morales des individus les plus stigmatisés. La notion a fait florès dans les études carcérales, reprenant cette analyse des effets de l'institution totale sur l'individu, et dans les études sur la prostitution, pour parler de la transmission du stigmate à l'entourage des travailleurs·ses du sexe. Bien sûr, travailler en tant que policier sur la prostitution n'est en rien équivalent au travail de la soignante sur la sexualité dans ses formes ordinaires, et pourtant, mes entretiens avec les soignantes révèlent le poids du souci de la sexualité :

Parce que j'ai quand même eu des freins, à cette époque-là. Les freins de ce que les gens s'imaginaient d'un sexologue. Je sais que dans mes amis sages-femmes, je m'en souviendrai beaucoup parce que ça m'a... fait me poser des questions, probablement. Quand j'ai dit : « Je vais me lancer dans le diplôme universitaire de sexologie », ils ont rigolé en disant : « De toute façon, on sait bien que si on fait le diplôme de sexologie, c'est qu'on a soi-même des problèmes à résoudre. » Et du coup, ça m'a fait me poser beaucoup de questions. Je me suis dit, du coup : « Est-ce que c'est parce que j'ai des problèmes que je suis plus sensibilisée par ce problème-là ? » J'avoue que j'ai toujours pas les réponses. J'imagine que si on cherche, chacun a des problèmes, donc... Est-ce que ça parlait de leurs propres difficultés quand ils ont dit ça ? Je ne sais pas. Quoi qu'il en soit, je sais que ça m'a fait quand même un peu redescendre en me disant : « Est-ce que vraiment, t'as envie d'être cataloguée comme quelqu'un qui a des problèmes ? », parce que je me suis dit : « Si c'est mes amis qui pensent ça de moi, tout le monde va penser de ça de moi. On va me voir différemment. » C'est vrai qu'à l'époque, il y avait des gynécos... enfin, qui sont partis à la retraite depuis qui ont rigolé grassement quand ils ont su que je devenais sexologue. Je me suis dit : « Ça va parler de moi en des termes, enfin, voilà... » C'est vrai qu'on rentre dans un... À partir du moment où on porte une étiquette de sexologue, c'est qu'on porte le mot sexe quelque part... Ben, ça peut attirer des choses pas forcément très saines même chez les soignants, pas forcément chez les patients forcément. [...] Je voulais quelque chose [le DU] qui soit très validé... comme je savais bien que c'était un truc un peu border, où il peut y avoir des gens chelous, je voulais un truc qui soit très cadré et qui me fasse me sentir le plus légitime possible (Sarah J., sage-femme, DU sexologie, CHU).

Sarah J., en choisissant de devenir sage-femme et sexologue, fait le récit de sa contamination par sa future spécialisation : la sexualité est un objet « border », qui « attire des choses pas forcément très saines », qui lui assigne « une étiquette ». Développer un souci de la sexualité dans la pratique gynécologique n'est pas anodin, il contamine toute l'identité sociale de la professionnelle. Chez les hommes policiers, on les soupçonne d'abuser des prostituées, d'être des proxénètes, d'avoir des rapports intimes avec les prostituées. Chez les femmes soignantes, l'enjeu est différent : elles sont assimilées à cet objet *border*, qui fait d'elles des femmes à problèmes (sexuels) mais aussi des femmes auxquelles on fait des blagues grivoises. Sarah J. évoque cela sous le regard de ses collègues, amis ou vieux gynécologues, mais cela dépasse ce cadre, comme on le voit avec Alix B.

On apprend énormément de choses [pendant le DU de sexologie] aussi et donc après, ça a été très présent pendant longtemps dans ma tête, et donc j'ai aussi beaucoup parlé à la maison et donc devant l'école aussi, c'était tous les mardis soirs et donc mardi, quand je dépose les enfants, enfin, voilà, mon fils dit comme ça : « Tu vas à tes cours de sexe ce soir ? » Voilà. [Rires] Et à tel point que y a des mamans à l'école qui m'ont dit : « Ah bon, tu étudies la sexualité, t'as des problèmes ? » Alors enfin, je... non, c'est pas des problèmes personnels, mais c'est marrant parce que ça, c'est pour tout le monde, c'était : « Tu étudies le sexe parce que tu as des problèmes dans ton couple en ce moment ? » Non, en fait, c'était pour répondre initialement à un besoin des patientes. Bon après, ça apprend plein d'autres choses (Alix B., médecin généraliste, DU gynécologie, DU sexologie, centre de santé).

Le souci de la sexualité transforme la manière dont ces soignantes sont perçues par leur entourage, professionnel ou personnel, comme personnes à problèmes. Bien évidemment, les effets d'une attention à la sexualité ne sont pas les mêmes pour les gynécologues, les médecins généralistes ou les sages-femmes mais toutes partagent une même condition contaminée : la sexualité reste encore aujourd'hui un objet professionnel « sale », contagieux, contaminé et contaminant, potentiellement déclassant dont les propriétés morales se transmettent à la soignante et colonisent différents pans de son identité¹⁴.

Cette contamination par la sexualité peut se répercuter, pour certaines, sur la perception même de leur métier et de leur rôle : celles qui reçoivent des patients hommes en consultation de sexologie mentionnent la confusion des rôles et l'érotisation de la relation de soin.

Lucile S. : Voilà, avec les hommes, à plus forte raison, il faut bien tenir sa place parce que bon ils vous voient comme une experte sexuelle, donc autant dire qu'il y en a qui ont du mal à rester à leur place... Par exemple, vous voyez, je me mets pas en robe, je mets pas des bottes, je mets pas de décolleté, voilà. Il y en a qui débordent un peu...

Gwénaëlle : Qui vous font des avances, vous voulez dire ?

(14) Cela rejoint les travaux de Pascale Molinier (2011) sur le travail de *care* réalisé par les infirmières, notamment les soins corporels prodigués aux patient-es, elle affirme qu'aux caractéristiques communes du *dirty work* (la confrontation dans le travail à l'infect, l'impur et la déviance), il faut ajouter la confrontation à la sexualité.

Lucile S. : Alors c'est pas, c'est pas tout à fait comme ça. J'ai le dernier en tête. Par exemple, je lui dis : « Je vais vous écrire le prochain rendez-vous sur un petit papier », il me répond : « Mais c'est pas la peine, je pense tous les jours à vous, Madame S. » Et pas dans le sens que « Je pense à ce que vous êtes une bonne sexologue », c'est sous-entendu : « Je pense à vous pendant les exercices. » Donc là, je recadre toujours immédiatement dans le dérapement et que ces propos-là sont pas bien les bienvenus (Lucile S., sage-femme, DU sexologie, CHU).

La soignante confrontée à des patients hommes prend le risque de voir son travail assimilé au travail sexuel, ainsi que d'autres recherches (Moulin, 2007 ; Giami et al., 2013) ont pu le montrer pour les infirmières. Si les soignantes déplorent cette assimilation de manière récurrente, toutes ne s'en plaignent pas, notamment parce que l'érotisation hétéronormée de la relation à la soignante s'atténue avec l'âge (Braizaz et al., 2021). Toutefois, cela reste un risque qui structure les pratiques professionnelles et qui implique de parer aux sollicitations non voulues, voire aux éventuelles agressions sexuelles, dans le cadre de l'exercice professionnel¹⁵.

Pour d'autres, cela a des incidences sur leur rapport à leur entourage. En effet, en se formant en sexologie par des diplômes universitaires pour certaines, en écoutant des podcasts de patientes, en ayant des lectures féministes pour d'autres, ces professionnelles se retrouvent en position de détenir une expertise sur la sexualité qui suscite la curiosité autour d'elles.

Alors, par contre, j'en parle plus en en soirée parce que ça perturbe tout le monde. Non mais c'est quoi la norme ? Alors c'est combien la taille et le temps que ça doit prendre ? [...] « La sexualité est un besoin pour l'homme. » Je pense que ça avant, j'étais capable de le véhiculer comme d'autres personnes, mais ce qui m'a valu beaucoup d'engueulades depuis que j'ai fait le DU, c'est que la sexualité, c'est une envie, ça n'est pas un besoin vital. On a besoin de manger, on a besoin de boire pour vivre, mais on peut tout à fait vivre toute une

(15) Voir notamment Marlène Thomas Decreusefond, « “Un patient a commencé à m'expliquer qu'il fantasait sur moi” : les sexologues victimes de violences sexistes et sexuelles », *Libération*, 20 février 2025, https://www.liberation.fr/societe/droits-des-femmes/un-patient-a-commence-a-mexpliquer-quil-fantasait-sur-moi-les-sexologues-victimes-de-violences-sexistes-et-sexuel-les-20250312_72TL5WQLU5BWFNOGAUYVKCRD3U/?redirected=1

vie sans sexualité. Et ça, je me suis fait beaucoup d'ennemis. Mais je pense que j'aurais pas été capable, alors c'est marrant parce qu'effectivement je me suis pris plusieurs apéros à... vraiment, il y en a un qui s'est très mal fini où le mec est sorti de la pièce quand même... Sa femme était à côté, le mec est sorti de la pièce, il a pas supporté que je lui dise ça (Alix B., médecin généraliste, DU gynécologie, DU sexologie, centre de santé).

Toutefois cette expertise sur la sexualité, foyer de production du genre et des inégalités de genre (Clair, 2012), n'est pas sans conséquences : ces femmes sont amenées à déconstruire la sexualité hétérosexuelle, à la désessentialiser et entrent de ce fait dans une posture plus conflictuelle avec leur entourage, même si seule une minorité s'identifie comme féministe. Évidemment, on peut faire l'hypothèse que cela a aussi une incidence sur la vie intime de mes enquêtées, notamment pour celles qui sont en couple hétérosexuel (seules deux de mes enquêtées se déclarent lesbiennes), mais il m'a été difficile de les faire parler à ce sujet, hormis l'une d'entre elles qui me confie que son conjoint « *a pris cher pendant le DU* ». Toutefois, la plupart des conjoints ont été souteneurs dans le choix de cette formation.

Enfin, prêter attention à la sexualité induit des risques pour soi : c'est une mise à l'épreuve intime pour les soignantes. Le souci de la sexualité les confronte à l'intimité de leurs patient·es et les renvoie à leur propre intimité ou à la vulnérabilité de leurs enfants.

Là, j'ai une jeune gamine qui a l'âge de ma fille, elle a 18 ans, elle est addict à la pornographie. Elle se masturbe entre 4 et 5 heures par jour devant des films pornos qu'elle va chercher sur le dark web avec des viols collectifs. Donc elle vient pour l'addiction et évidemment ça met en évidence un trauma, elle a été violée par son père quand elle avait 6 ans. Vous la croisez dans la rue, c'est une jeune fille comme les autres et en fait elle se balade avec un passé avec elle assez conséquent sur sa vie. Donc ça, les femmes victimes d'inceste par leur père avec la maman qui ferme les yeux. Les pédophiles pour moi, c'étaient des hommes dans ma tête et non, en fait j'ai un patient qui a été victime d'inceste de la part de sa maman, d'inceste violent. C'est sûr que c'est pas toujours facile. En tant que sage-femme, quand je repartais du travail, je fermais toujours la porte et c'était fini. Là j'y pense (Lucile S., sage-femme, DU sexologie, CHU).

Lucile S. parle de la sexologie comme d'un poids qu'elle emporte avec elle à la maison, en raison des parallèles qu'elle tisse entre ses patient·es et ses propres enfants, mais aussi de l'exposition aux vio-

lences. Les soignantes que j'ai interrogées ne sont qu'une minorité à travailler dans les unités dédiées à la prise en charge des violences et/ou mutilations sexuelles et la plupart exercent dans des services généralistes de gynécologie mais toutes sont exposées de manière structurelle aux récits de violences sexuelles¹⁶ : incorporation du devoir conjugal, rapports hétérosexuels non désirés, douleurs chroniques des femmes, violences sexuelles dans l'enfance ou à l'âge adulte. Le souci de la sexualité ne va pas sans une exposition structurelle et intensive aux violences sexuelles.

Alors, dans les trucs qui me gênent, alors il y a ça, effectivement. Donc les récits de violences, c'est quelque chose qui me faisait... C'est bien que j'en ai pas quinze dans la journée, parce que c'est lourd. Puis on n'a pas d'espace de supervision ni rien, donc il faudrait peut-être que je le fasse de moi-même, j'en sais rien, mais bref, je digère ça toute seule. Il y a un homme qui était très gênant dans sa manière d'aborder la sexualité, qui était très invasif, c'est-à-dire qu'il m'envoyait des mails pour me raconter comment il faisait ses exercices, etc. Chose à laquelle j'ai mis très vite un terme, c'est-à-dire que je lui ai dit que c'était pas possible et que ça s'arrêterait là. Et il a respecté ça. Je pense que vraiment, c'était plus de la maladresse, parce qu'il pensait que... Enfin, c'était quelqu'un qui avait pas un niveau intellectuel très élevé, et qui me rendait des comptes comme un prof, en fait. Donc voilà, c'était, je pense, plus de l'égarement de sa part sur les positionnements de chacun, et je pense qu'il était aussi très déstabilisé de devoir expliquer sa sexualité à une femme, donc il faisait ça de manière très maladroite, et c'était gênant, quand même. Et heureusement que ça s'est arrêté. Il y a eu des situations où j'ai été prise à partie dans les couples, ça aussi, j'aime pas, donc j'arrête, je leur explique (Sarah J., sage-femme, DU sexologie, CHU).

Ici Sarah J. raconte à la fois l'épuisement moral face aux récits répétés de violence et la difficulté à « digérer » ces récits en l'absence de supervision. Elle raconte aussi l'intrusion, qu'elle associe à l'érotisation de la relation thérapeutique de ce patient, l'implication exigée d'elle par les patient·es, voire l'aspiration dans les conflits, la violence, qui fragilise sa position en tant que soignante. La charge émotionnelle et les coûts moraux qu'implique la prise en charge des violences

(16) 14,47 % des femmes et 3,94 % des hommes de 20 à 69 ans déclarent avoir été victimes de violences sexuelles au cours de leur vie selon les résultats de la dernière enquête VIRAGE (Hamel *et al.*, 2016 : 3).

procèdent du « travail émotionnel » (Hochschild, 2017) réalisé par les soignantes vis-à-vis de leurs patientes, mis en évidence par d'autres travaux sur la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les associations (Cardoso, 2017) ou dans le soin gynécologique (Cardoso *et al.*, 2025). Ce travail émotionnel est d'autant plus coûteux que les soignantes, ici sages-femmes, ne bénéficient pas de supervision – contrairement aux psychologues chez lesquelles la pratique de la supervision est plus répandue. Le travail émotionnel devient encore plus néfaste pour les professionnelles qui ont elles-mêmes subi et qui se sont spécialisées pendant un temps sur les violences de genre.

Et, en fait, moi, j'avais absolument tout, et là, je n'ai plus du tout reconnu mon métier, et par exemple, moi, ça a fait des trucs de dissociation, j'ai vraiment revécu des trucs traumatiques, où il y a certaines patientes, qui m'ont fait... Leur récit a été insoutenable pour moi. Et du coup, elles sont là, elles parlent, et puis elles partent, et je m'effondre (Estelle C., gynécologue obstétricale, CHU).

Ben, parce qu'en fait, ben, parce qu'en fait ça va trop rejouer de violence et que en fait, et ça c'est quelquefois c'est vachement compliqué, hein. Ben, parce que ça peut être très désespérant pour elle mais qu'en même temps... moi, c'est très important de m'autoriser à dire : « Non mais là, moi j'y vais pas. » Parce que mon boulot il est quand même hyper dur. Enfin, je me retrouve quand même régulièrement avec des trucs d'une violence inouïe. [...] Ça coûte aussi de faire que ça [traiter des vaginismes], parce qu'en gros, quand même, c'est qu'avec des femmes en souffrance. Je veux dire, c'est pas très rigolo, quoi, hein. Y a des moments quand même assez arides, je veux dire... ! Des fois, c'est léger... Y a des fois, on rigole, mais quand même, c'est... Souvent, c'est quand même très chargé. Et donc, en fait, la rencontre avec Thomas et le groupe Endopathos, ça ouvrirait. Et je pense que c'est une réflexion que j'ai actuellement... Enfin, je sais pas si je veux, si je vais continuer ça, mais il faut absolument que derrière, enfin pas derrière, à côté, j'ouvre... Soit en écrivant, soit en formant, soit en participant à des groupes de travail, soit... Ben, parce qu'autrement, je vais crever sur place (Catherine Y., sage-femme, en libéral).

Estelle et Catherine, victimes, pour l'une d'un viol à l'âge adulte, pour l'autre d'inceste, racontent combien la récurrence des récits de violences dans leurs consultations spécialisées, respectivement dédiées à la lutte contre les violences de genre pour des femmes précaires et aux patientes vaginiques pour l'autre, fait ressurgir leurs traumatismes passés et conduit à des situations d'épuisement moral. Catherine réflé-

chit à inscrire sa pratique dans des contextes de travail protecteurs tandis qu'Estelle fait un *burn-out* et démissionne de son poste dans l'unité spécialisée. On peut faire l'hypothèse que, dans leurs deux situations, l'épuisement moral tient à la fois à l'exposition intense aux VSS alors qu'elles en ont elles-mêmes vécues, mais aussi à l'absence de gestion collective des émotions au travail qui aurait pu les protéger.

Ainsi ces professionnelles, majoritairement des femmes, témoignent des difficultés qu'implique la prise en charge de la sexualité, dans sa matrice hétérosexuelle : contamination par la sexualité, exposition à la violence sexuelle dont sont victimes les femmes, à l'érotisation de la relation thérapeutique par les hommes patients. Développer un souci de la sexualité, c'est aller pour la soignante au cœur de l'ordre du genre, des inégalités et de la violence qui en sont constitutives, en faire l'expérience en tant que femme dans les récits de ses patientes, voire revisiter des traumatismes personnels.

Conclusion

Ainsi, des freins structurels ayant trait à la formation, aux conditions de travail et au statut moral de la sexualité expliquent le désintéret, la réticence ou l'évitement de la sexualité par les professionnelles du soin gynécologique. Le sujet reste difficile à faire émerger et à construire comme objet professionnel. Pourtant des professionnelles, minoritaires, s'en saisissent. L'expérience de ces professionnelles permet de comprendre un autre versant de la résistible émergence d'un souci de la sexualité dans les mondes du soin. S'intéresser à la sexualité en tant que femme soignante, c'est risquer d'être contaminée par le sexe dès lors qu'il sort de la sphère intime pour entrer dans la sphère professionnelle, quand bien même ces soignantes ne sont pas des professionnelles du sexe, comme si la sexualité franchissant la porte du cabinet médical rompait la fiction des sphères séparées entre intime et marchand, ou ici, professionnel. Prêter attention à la sexualité de ses patientes, c'est toujours en miroir regarder sa propre sexualité, et parfois, se confronter à ses propres vécus de violence. En effet, développer un souci de la sexualité, quand bien même ce souci était mû à l'origine chez la soignante par un intérêt pour le plaisir, une volonté d'éducation sexuelle ou une approche *sex positive*, se révèle bien souvent dans la pratique être une prise en charge des violences sexuelles dont les femmes sont les principales victimes. Les coûts moraux du souci de la sexualité sont donc élevés et les risques pour soi importants pour ces soignantes : celles qui développent pendant un temps cette expertise cherchent ensuite à trouver des protections sous la forme de collec-

tifs de travail, de groupes de parole, de supervision professionnelle, ou alors elles investissent des positions plus à distance des consultations, qu'il s'agisse de positions de supervision ou de formation. Rentrer dans la matrice du souci de la sexualité, de ce qu'il implique pour celles qui s'en saisissent permet de comprendre qu'au-delà des lacunes de la formation et des freins structurels, une des difficultés intrinsèques à l'émergence de la sexualité comme objet de soin tient au fait qu'il expose les soignantes (dans des professions très féminisées) à la violence masculine, d'autant moins soutenable pour elles, que certaines en ont été victimes.

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

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aïach P., Delanoë D. (dir.), 1998. *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Paris, Éditions Economica.
- Braïzaz M., Schweizer A., Toffel K., 2021. L'abord de la sexualité par les infirmier-es en oncologie. Quand le sentiment de légitimité s'articule aux effets de genre et d'âge. *Genre, sexualité & société* 25 [https://doi.org/10.4000/gss.6754].
- Dagnaud M., Mehl D., 1988. Les gynécologues 1 : une profession sous influence. *Sociologie du travail* 30(2), 271-285 [https://doi.org/10.3406/sotra.1988.2402].
- Cacchioni T., Tiefer L., 2012. Why medicalization ? Introduction to the special issue on the medicalization of sex. *The Journal of Sex Research* 49(4), 307-310 [https://www.jstor.org/stable/23249035].
- Cardoso A., 2017. « C'est comme si on avait de la colère pour elles » : Féminisme et émotions dans le travail d'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales. *Terrains & travaux* 30(1), 31-53 [https://doi.org/10.3917/tt.030.0031].
- Cardoso A., Jacques B., Iori R., 2025. Des professionnel·les au service des femmes : régulations du travail relationnel dans le suivi gynécologique. Texte discuté lors du séminaire du CEET, 14 mars 2025.
- Clair I., 2012. Le pédé, la pute et l'ordre hétérosexuel. *Agora débats/jeunesses* 60(1), 67-78 [https://doi.org/10.3917/agora.060.0067].
- Court M., Mainsant G., Masclet C., Pérez M., 2023. Pour une étude des socialisations à et par la sexualité. *Actes de la recherche en sciences sociales* 249(4), 4-19 [https://doi.org/10.3917/arss.249.0004].
- Epstein S., 2022. *The Quest for Sexual Health: How an Elusive Ideal Has Transformed Science, Politics and Everyday Life*. Chicago, University of Chicago Press.

- Fonquerne L., 2020. À qui faire avaler la pilule ? Pratiques de soin et inégalités en consultations de contraception. *Émulations* 35-36 [<http://journals.openedition.org/emulations/1231>].
- Fonquerne L., 2021. *Avaler la pilule : genre, politiques et économies de la contraception orale en région toulousaine*. Thèse de doctorat de sociologie, Université Toulouse Jean Jaurès.
- Foucault M., 1976. *Histoire de la sexualité. Tome 1 : la volonté de savoir*. Paris, Gallimard.
- Gardey D., Vuille M. (dir.), 2018. *Les sciences du désir. La sexualité féminine, de la psychanalyse aux neurosciences. Le Bord de l'eau, Lormont*.
- Giami A., 2002. Sexual health: The emergence, development, and diversity of a concept. *Annual Review of Sex Research* 13, 1-35 [<https://doi.org/10.1080/10532528.2002.10559801>].
- Giami A., 2010. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. In Bloy G., Schweyer F.-X. (dir.) *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes, Presses de l'EHESP, 147-168.
- Giami A., Moulin P., Moreau E., 2013. La place de la sexualité dans le travail infirmier : l'érotisation de la relation de soins. *Sociologie du travail* 55(1), 20-38 [<https://doi.org/10.4000/sdt.12902>].
- Goffman E., 1968. *Asiles. Essais sur la condition sociale des maladies mentales*. Paris, Éditions de Minuit.
- Gott M., Galena E., Hinchliff S., Elford H., 2004. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice* 21(5), 528-536 [<https://doi.org/10.1093/fampra/cmh509>].
- Greffion J., 2019. Les rythmes d'une relation d'influence : médecins libéraux et visiteuses de l'industrie pharmaceutique. *Actes de la recherche en sciences sociales* 226-227(1), 48-71 [<https://doi.org/10.3917/arss.226.0048>].
- Guyard L., 2010a. 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>].
- Guyard L., 2010b. Chez la gynécologue. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines. *Ethnologie française* 40(1), 67-74 [<https://doi.org/10.3917/ethn.101.0067>].
- Hamel C., Debauche A., Brown E., Lebugle A., Lejbowicz T., Mazuy M. et al., 2016. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête VIRAGE. *Populations et sociétés* 538, 1-4 [https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/25953/538.population.societes.2016.novembre.fr.pdf].
- Herman E., 2013. Militer en travaillant contre les violences conjugales. *Cahiers du Genre* 55(2), 65-87 [<https://doi.org/10.3917/cdge.055.0065>].

- Hinchliff S., Gott M., Galena E., 2004. "I daresay I might find it embarrassing": General practitioners' perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. *Health and Social Care Community* 13(4), 345-353 [<https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2005.00566.x>].
- Hochschild A.R., 2017 [1983]. *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*. Paris, Seuil.
- Jaisson M., 2002. La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale. *Actes de la recherche en sciences sociales* 143(3), 44-52 [<https://doi.org/10.3406/arss.2002.2854>].
- Koechlin A., 2022a. 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>].
- Koechlin A., 2022b. *La norme gynécologique. Ce que la médecine fait au corps des femmes*. Paris, Éditions Amsterdam.
- Lévy-Guillain R., Sponton A., Wicky L., 2022. L'intime au bout du fil. Enjeux méthodologiques de l'entretien biographique à distance. *Revue française de sociologie* 63(2), 311-332 [<https://doi.org/10.3917/rfs.632.0311>].
- Mainsant G., 2021. *Sur le trottoir, l'État. La police face à la prostitution*. Paris, Seuil.
- Millepied A.-C., 2024. *Composer avec l'endométriose. Parcours de femmes et travail médical aux prises avec une entité problématique*. Thèse de doctorat en sociologie, EHESS et Université de Genève.
- Michels D., 2013. *Soigner sa sexualité. Expériences des difficultés sexuelles et recours à la sexologie*. Thèse de doctorat d'anthropologie, Université Toulouse Le Mirail.
- Molinier, P., 2011. Le care à l'épreuve du travail. In Paperman P., Laugier S. (dir.) *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 339-357 [<https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.11722>].
- Moulin P., 2007. La construction de la sexualité chez les professionnels de santé et du travail social ou la normalisation des conduites. *Nouvelle Revue de Psychosociologie* 4(2), 59-88. [<https://doi.org/10.3917/nrp.004.0059>].
- Paillet A., 2007. *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*. Paris, La Dispute.
- Perrin R., 2024. *Les médecins et l'avortement. Sociologie de la domination médicale*. Thèse de doctorat de sociologie, Université Paris 1.
- Pheterson G., 2001. *Le prisme de la prostitution*. Paris, L'Harmattan.

- Rozée V., Schantz C., 2021. Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique. *Santé Publique* 33, 629-634 [<https://doi.org/10.3917/spub.215.0629>].
- 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>].
- Schweizer A., Bruchez C., Santiago-Delefosse M., 2013. Integrating sexuality into gynaecological consultations: Gynaecologists' perspectives. *Culture, Health & Sexuality* 15(1-2), 175-190 [<http://www.jstor.org/stable/23524978>].
- Vuille M., 2020 [2016]. Gynécologie. In Rennes J. (dir.) *Encyclopédie critique du genre*. Paris, La Découverte, 283-292 [<https://doi.org/10.3917/dec.renne.2016.01.0283>].

ABSTRACT

The moral costs of addressing sexuality in gynaecological care

Within the broader context of the politicisation of sex and sexuality, this article seeks to explore the reasons as to why in gynaecological care practices, sexuality is facing difficulties to be recognized as a professional problem. I explore the enigma of gynaecology being a medical discipline focused on women's reproductive health while marginalising questions of sexual health (issues pertaining to recreational sexuality). I surveyed female health professionals (gynaecologists, general practitioners, midwives) who have developed what could be called a "care for sexuality" within their professional practice. I show that addressing questions of sexuality has a moral cost. Considered an illegitimate professional subject, sexual healthcare is complex to incorporate into medical practice and has an impact on the ability of professionals to access positions considered to be more prestigious (i.e., positions focused on cancer or pregnancy). Moreover, addressing sexual health has "contaminating" effects on professionals (who might be perceived as themselves having problems with their sexuality) and on the perception of their work, which might be confused with sex work. Finally, addressing sexual health is an intimate challenge for these professionals inasmuch as doing so repeatedly and structurally exposes them to gender-based violence, which in turn generates forms of moral exhaustion. The "care for sexuality" thus proves to be above all a form of care for sexual violence and the effects it has on patients.

Keywords: *health professionals, gynaecology, sexuality, care for sexuality, moral cost, moral contamination, gender, sexual violence.*