

**Zeitschrift:** Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband

**Band:** 94 (1996)

**Heft:** 4

**Artikel:** Médicalisation de la vie

**Autor:** Senarclens, Myriam de / Perrin, Eliane

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-950599>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 26.04.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

## **Le pouvoir dans la relation sage-femme / sage-femme**

Pendant longtemps, les sages-femmes ont accepté le rôle d'aide médicale. Elles se sont résignées et ont exprimé trop timidement leurs connaissances. Elles ont trop peu parlé de leur profession au public et ont trop peu travaillé avec des alliés. Peut-être parce que les sages-femmes étaient, de par leur histoire, des combattantes plutôt solitaires que solidaires.

Nous le remarquons dans le travail de tous les jours en maternité: les sages-femmes entretiennent entre elles des relations de pouvoir. Les sages-femmes réalisent «sur le terrain» qu'elles sont différentes les unes des autres, que leurs avis divergent et qu'elles ne se soutiennent pas entre elles. Nous avons beaucoup en commun, mais nous avons plusieurs facettes, nous sommes différentes et nous n'en parlons pas assez.

La scientifique Brigitte Altenkirch (1990) parle d'une morale à ne pas blesser. Comme dit le slogan: «Je ne te fais rien, si tu ne me fais rien», les femmes évitent la dispute parce qu'elles ont peur du conflit, de la disharmonie. Les femmes cultivent ainsi leur faiblesse collective ainsi que leur position soumise avec une idéalisation du comportement paisible, qui n'est autre qu'un paravent. Il s'ensuit que les différences réelles demeurent cachées, de même que les collectives réelles. Par cette attitude commune, les relations de pouvoir se stigmatisent.

Le pouvoir est toujours aussi le pouvoir d'un groupe. Et si un groupe de professionnels n'est pas suffisamment conscient de lui-même, ce groupe n'est pas assez sûr de lui pour oser s'affronter aux autres structures du pouvoir ambiant.

## **Conclusion pour nous, sages-femmes**

Agir ensemble et trouver des stratégies communes, voilà ce que nous devrions faire; mais pour cela il s'agit d'accepter les tiraillements que suscitent nos différences. Nous paviendrons à unifier nos forces si nous favorisons l'ouverture, si nous acceptons de remettre en question non seulement nos propres actions, mais aussi celles des autres. La flexibilité, la remise en question, l'ouverture au dialogue sont des facteurs indispensables pour renforcer nos ressources et non les affaiblir. Il est important d'être unies également pour trouver des alliés au niveau politique, pour bâtir un réseau de soutien en dehors de notre milieu professionnel. Le pouvoir d'un groupe peut favoriser le changement. Si nous daignons enfin affronter les différences et les disharmonies, nos dialogues vont devenir fertiles. Certes ce n'est pas un travail facile, mais sûrement une chance pour élargir les limites de notre territoire. ■

## **Médicalisation de la vie**

par Myriam de Senarclens\* et Eliane Perrin\*\*

Exposé donné dans le cadre des journées médico-sociales romandes sur la médicalisation de la vie.

### **Introduction**

Le corps, comme la conscience ou l'inconscient sont à comprendre non seulement comme des expressions individuelles, mais aussi comme des produits de rapports sociaux, de relations sociales en changement. Cette affirmation est particulièrement évidente lorsqu'on parle de sexualité.

Il nous suffit de rappeler que, dans nos sociétés, le mouvement de libération sexuelle a fait émerger de nouvelles normes auxquelles ni les patients ni les médecins n'échappent depuis quelques années. La médecine y répond parfois de manière mystificatrice, en acceptant par exemple de chosifier le sexe en le considérant uniquement comme un appareil ou un ensemble d'organes génitaux, en prenant les demandes au pied de la lettre, en continuant à fonctionner comme s'il ne s'agissait que de troubles physiques, comme si la médecine et son arsenal de techniques, d'analyses, de médicaments et d'interventions chirurgicales était toute puissante. Ces réponses sont à nos yeux mystificatrices et c'est ce que nous aimerions tenter de clarifier maintenant.

Tout d'abord quelques remarques sur le titre de notre exposé et sur l'intitulé de ces journées. En effet, que signifie «médicalisation»? «médicaliser»? Un néologisme pour parler d'un phénomène nouveau: la vie toute entière, la naissance, la sexualité, la mort ont été «rendues médicales», sont devenues du ressort de la médecine. Autant d'événements qui, jusqu'il y a peu de temps, étaient considérés à la fois comme «naturels», c'est-à-dire allant de soi, se produisant et s'apprenant tout seuls, et comme régis par des normes morales, religieuses, philosophiques, organisés par des rituels sociaux.

Jusqu'ici était du domaine médical tout ce qui mettait la vie en danger, ce qui correspondait à des désordres biologiques, organiques, ce qui empêchait un fonctionnement physiologique habituel. Si la vie est jalonnée de maladies, d'accidents, s'il y a danger pour la vie de la mère et de l'enfant à l'accouchement, s'il y a des maladies propres aux organes sexuels, ceci ne justifie pas pour autant la médicalisation de la vie dans ses diverses séquences.

Il s'agit donc d'un processus social qui dépasse de loin la logique propre à la médecine et à son développement interne. Nous allons esquisser les grandes lignes de ce processus en prenant l'exemple de la sexualité.

### **La science, nouvelle référence normative**

Dans la période historique que traversent les sociétés occidentales, caractérisées par l'effritement des systèmes de valeurs religieux et philosophiques, la science apparaît comme apportant les seuls fondements solides d'une nouvelle morale de référence communément admise. Ou plutôt les sciences. Seul ce qui est découvert, prouvé scientifiquement, dit pas un homme de science, semble solide, vrai, juste. La sociologie, dans ses considérations statistiques tend à remplacer la morale et la philosophie: ce qui est majoritaire statistiquement constitue bientôt une norme sociale. Ainsi pourrait-on dire qu'aujourd'hui, il est «normal» de se marier et de divorcer. La médecine fixe les normes de la vie physique à travers la diététique, l'hygiène, la prévention, le bon poids, la bonne forme, les check-up, la sexologie, etc. Nous la voyons investie d'un tout autre rôle, d'une tout autre fonction que celle de guérir les maladies, de réparer les accidents. Elle édicte des normes réclamant obéissance et acceptation quasi religieuse, propose un mode de vie.

### **L'importance du corps**

Autre facteur capital dans le processus de médicalisation de la vie et de la sexualité: l'importance qu'a pris le corps dans nos sociétés au cours de ces 15 dernières années, ce que le sociologue Jean Maisonneuve a appelé le «corporéisme» (2). Si le corps malade a toujours été pris en considération, ce n'est plus de celui-là qu'il s'agit. Et nous ne parlons pas ici du corps des apparences, des affiches publicitaires, du cinéma, de la mode

\* Médecin, Privat-docent, gynécologie psychosomatique. Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4.

\*\* Docteur en Sociologie, enseignement de recherche à l'Institut d'Etudes sociales.

ri du Club Méditerranée, de ce corps nu, jeune, toujours bronzé ou vêtu au dernier cri, symbole du standing social. Nous voulons parler maintenant du corps siège du plaisir, de la jouissance des sensations et des émotions. Aujourd'hui, il faut vivre son corps, être bien dans sa peau, à l'aise, jouir sexuellement à chaque fois et donner du plaisir à l'autre. Cette importance donnée au corps, lieu de toutes les jouissances, fait aussi bien le succès de la nouvelle cuisine que celui des cures d'amaigrissement, des massages californiens, de la bio-énergie.

### **La médecine toute-puissante**

La médecine, ou plus exactement une partie du corps médical, semble donc avoir répondu à cette demande de nouvelles normes de vie définies scientifiquement, et paraît donc avoir accepté de prendre le relais de morales religieuses et de normes sociales en voie d'effondrement. Non seulement, elle semble l'avoir accepté, mais elle donne une image d'elle-même au travers des médias (presse, TV) qui va bien au-delà. La médecine ne se présente-t-elle donc pas comme toute-puissante à travers des émissions sur le changement de sexe, le clonage, les bébés-éprouvettes ou l'insémination artificielle? Elle est désormais capable techniquement de réaliser tous nos désirs en matière sexuelle.

### **Nature des demandes et des réponses possibles**

La question qui se pose à nous aujourd'hui, aussi bien en tant que sociologue qu'en tant que médecin, est la suivante: quelle est la nature des demandes faites au médecin? Quelle est la nature des réponses? Les patients ont-ils des demandes claires, des désirs précis? Les réponses des sexologues et des médecins sont-elles toujours les bonnes réponses aux bonnes questions? Ici le problème devient plus complexe. Pour essayer d'y répondre, il faut rappeler combien toute période de changement de normes sociales déstabilise une partie des individus et engendre insécurité, culpabilité et angoisse. Confrontés à de nouveaux modèles de comportement, mis face à de nouvelles exigences auxquelles ils n'ont pas nécessairement rêvé et auxquelles ils ne se sentent pas nécessairement capables de s'adapter, ils se posent de nombreuses questions qu'ils répercutent à leur médecin traitant. Comment ne pas vieillir, rester éternellement jeune, conserver une sexualité de 20 ans. Lorsqu'ils s'adressent aux médecins, ils savent – consciemment ou inconsciemment, de par leurs expériences précédentes – qu'il convient de se présenter avec une demande médicale, de soins, si possible avec un problème organique, doulou-

reux. Ainsi la plupart des demandes concernant la sexualité sont formulées aux gynécologues, aux sexologues, aux urologues ou à d'autres spécialistes en termes génitaux, de troubles de la génitalité.

La réponse du médecin peut être de nature très différente en fonction de ses connaissances théoriques et surtout de sa perception de l'autre: soit prendre la demande au pied de la lettre, effectuer des bilans de santé, des bilans hormonaux et prescrire toutes sortes de médicaments et ainsi fixer le problème sur l'organe; soit tenter de refaire avec le patient le chemin inverse, à savoir remonter de la demande médicale aux questions qu'il se pose, aux circonstances concrètes qui leur ont donné naissance. Ainsi les plaintes génitales, au-delà d'un examen clinique consciencieux, d'un contrôle qui a toujours un rôle rassurant pour le patient et le médecin, sont le plus souvent révélatrices de problèmes plus larges, psychologiques, relationnels, culturels. En même temps on s'aperçoit souvent que, pris individuellement, ces sujets éprouvent des doutes sur leur intégrité physique, avec une image de leur corps troublée.

Une étude récente a montré comment les adolescentes et les jeunes femmes souffrant d'aménorrhée et d'anorexie mentale se trouvent dans un contexte familial problématique, et combien il est mystificateur de répondre uniquement par des traitements médicamenteux (7). La nouvelle étude sur laquelle nous travaillons actuellement et qui porte sur des hommes et des femmes entre 40 et 60 ans, nous fournit de nombreux exemples de mystification médicale: citons par exemple les femmes chez lesquelles on effectue une hystérectomie pour un fibrome en leur disant qu'ainsi elles vont éviter la ménopause. Ou celles auxquelles on propose de «gommer» le changement d'âge en prenant régulièrement des oestrogènes. Et leur surprise lorsqu'elles s'aperçoivent qu'elles ressentent néanmoins des malaises et des inquiétudes. Combien d'exemples avons-nous aussi de problèmes sexuels, relationnels, de travail qui sont allègrement mis sur le compte de la ménopause.

Que ce soit à la puberté, à l'arrivée du premier enfant, à l'âge de la ménopause ou de l'«andropause», hommes et femmes se trouvent à un moment-clé de leur vie. Ils sont amenés à redéfinir leur place dans les rapports sociaux, leur identité; ils ont à remodeler la manière dont ils se projettent dans l'avenir proche ou lointain. A ces moments précis plus encore qu'à d'autres, toute intervention médicale sur la génitalité prend un sens qui dépasse largement celui d'un soin local, du recours à une technique de résolution d'un problème purement physique.

On devrait s'interroger également sur la signification que prend en gynécologie, en obstétrique

comme dans d'autres spécialités d'ailleurs, le recours à des instruments techniques très sophistiqués, à une technologie de pointe (échographie, etc.) qui objectivent, rendent visibles ce qui jusque-là restait invisible sans être absent. Ces instruments, ces examens, ces graphiques, ces ombres et ces silhouettes visibles sur un écran sanctionnent, qualifient et disqualifient des sensations internes, des sentiments et des pressentiments, deviennent la vérité, la preuve de la présence ou de l'absence d'un événement intérieur. L'intérieur serait-il devenu aussi transparent que l'extérieur? L'extérieur l'est-il? Les maladies de la peau, les affections cutanées bien visibles ont-elles pour autant une signification claire, donnent-elles lieu à des diagnostics faciles et à des traitements simples parce qu'elles sont visibles? Voir n'est pas nécessairement savoir, et la clé d'un symptôme somatique évident se trouve souvent dans la signification non pas d'un graphique ou d'une image visible sur un écran, mais dans la signification que peut lui attribuer le patient lui-même au moins autant que dans la place qu'il prend dans une classification médicale abstraite. Or, il semble que souvent cette objectivation par la technique contribue à dévaloriser, à censurer cet élément thérapeutique essentiel qu'est l'émergence de toute une vie imaginaire à travers un symptôme. Citons un exemple parmi d'autres: celui de ces couples considérés comme stériles après des années d'examen et de traitements sophistiqués qui adoptent un enfant et qui, peu après, réussissent à en faire un.

S'il y a des plaintes génitales qui recouvrent des problèmes relationnels et sociaux plus larges, il y a aussi de plus en plus de demandes simplement formulées en termes de «Suis-je normal?» «Est-ce normal de ne pas ressentir ceci ou cela?» «Est-ce normal d'être encore vierge à cet âge?» Questions directes qui ne dissimulent pas l'inquiétude de ceux qui les posent, soulignent le poids des normes sociales et des désirs d'être conforme, de s'adapter à des critères de normalité. Cependant cette inquiétude quant à sa propre normalité est rarement uniquement le résultat d'une pression sociale diffuse, anonyme. Elle est presque toujours renforcée, aiguïsée, actualisée par la pression, les demandes, les reproches ou les critiques du groupe social dans lequel l'individu se trouve, liée aux partenaire qu'il fréquente et à leurs exigences. Faut-il qu'il s'y soumette?

L'éventail des réponses possibles à ces questions est large. Ces réponses dépendent de la manière dont les médecins, eux aussi, se situent personnellement face aux nouvelles normes, face à la glorification de l'organisme et à la nécessité de réaliser des performances sexuelles. Le sexe et l'âge du médecin consulté n'est pas indifférent

non plus à sa manière de répondre et à la manière dont il est entendu, compris. Cet éventail va du refus d'entrer en matière, de la fuite devant la question posée, à des réponses normatives, synonymes d'autorisation, d'encouragement ou au contraire d'avertissements et d'interdits.

A nos yeux, son rôle devrait être essentiellement de dédramatiser la question et de la restituer dans son contexte réel, à l'intérieur de problèmes relationnels et affectifs particuliers et de permettre à celui qui la pose de trouver une réponse conforme à ses désirs, à sa vision du monde et des relations amoureuses, et non aux désirs de ses partenaires, du médecin ou aux normes sociales en vigueur.

### Conclusion

Si notre exposé peut paraître, par certains côtés, critique voire paradoxal, il vise en fait à mettre en lumière les nombreuses ambiguïtés et les aspects négatifs de la médicalisation de la sexualité. Les mouvements et les conceptions développés un peu partout aujourd'hui semblent pour beaucoup indiscutables, absolus et ont attiré des adeptes aveugles qui cherchent à y adhérer, tandis qu'ils mettent mal à l'aise d'autres personnes et d'autres groupes sociaux. Ne faut-il pas démystifier ces nouvelles croyances et ces nouvelles normes autoritaires: les médecins peuvent jouer un rôle important dans ce processus, d'autant plus qu'ils sont considérés comme une référence autorisée.

Une classe d'âge particulièrement concernée par ces problèmes est formée d'adolescents. Ils viennent consulter un médecin, souvent le gynécologue – spécialement les filles – sous divers prétextes, check-up, prescription de contraceptifs mais, en réalité, pour exprimer leur désarroi. Ils

voudraient réaliser une vie sexuelle qui réponde aux normes de leur groupe de pairs, mais ils se trouvent plongés dans des situations fort difficiles: à 16 ans, même si l'ont croit savoir faire l'amour, est-on vraiment prête à vivre comme une personne à part entière face à un jeune homme peu ou trop sûr de lui. Ce type de conflit crée des états d'anxiété, d'incertitude, de dépression, auxquels les médecins sont journellement confrontés. C'est pourquoi on peut admettre le développement et l'utilité d'une sexologie clinique intégrée à la médecine, à condition qu'elle s'appuie sur la compréhension de la dynamique d'un couple ou sur l'analyse de facteurs individuels, si bien qu'elle peut devenir un moyen de démystification.

Nous devons admettre, comme M. Balint l'a montré (8), qu'au niveau de la rencontre médecin-malade le discours devient intelligible dans la mesure où le praticien accepte d'être partie prenante dans la découverte commune – c'est-à-dire qu'il devienne l'élément thérapeutique majeur. Que la plainte entendue soit d'emblée sexuelle ou qu'elle s'exprime par le biais de troubles somatiques, elle est d'abord une souffrance.

Parler de cette douleur, de ce malaise, c'est accepter de jouer le rôle de médecin qui ne cherche plus seulement à «guérir», mais à permettre que le patient trouve son équilibre et accède à une existence satisfaisante.

En conclusion, nous pouvons dire que la médicalisation de la sexualité est un fait historique, un fait de société, que la responsabilité du médecin s'en trouve fortement modifiée et est rendue plus complexe. Dans cette situation, il est nécessaire qu'il refuse toute mystification sur son efficacité et sa toute puissance technique, qu'il contribue au contraire à les démystifier en remplaçant la sexualité et ses problèmes dans leur contexte relationnel et social.

### Références bibliographiques

- (1) Bensaid N.: La lumière médicale: les illusions de la prévention. Ed. Le Seuil, Paris, 1981.
- (2) Maisonneuve J, Bruchon-Schweitzer M.: Modèles du corps et psychologie esthétique P.U.F., Paris, 1981.
- (3) Reich W.: Fonction de l'orgasme. Ed. de l'Arche, Paris, 1952.
- (4) Kinsey CA. et al.: Sexual Behaviour in Human Male. Sanders, Philadelphia, 1948.  
Kinsey CA. et al.: Sexual Behaviour in Human Female. Pocket Book, New York, 1953.
- (5) Bejin A, Pollak M.: La rationalisation de la sexualité. Cahiers Internationaux de Sociologie, vol. LXII, Paris, 1977.
- (6) Bruckner P, Finkilkraut A.: Le nouveau désordre amoureux. Ed. Le Seuil, Coll. Points, Paris, 1977.
- (7) Senarclens M. de, Fischer W.: Aménorrhée: Féminité impossible? Etude socio-psycho-somatique. Ed. Masson, Paris, 1978.
- (8) Balint M.: Le médecin, le malade et la maladie. Ed. Payot, Coll. Petite Bibliothèque, Paris, 1973.

### Autres ouvrages de références

- Foucault M.: La volonté de savoir. Ed. Gallimard, NRF, Paris, 1976.  
Groddeck G.: Le livre du ça. Ed. Gallimard, Coll. Tel, Paris, 1972.

Sie zügeln, bekommen eine neue Telefonnummer oder einen neuen Namen?  
Vous déménagez, obtenez un nouveau numéro de téléphone ou un nouveau nom?

**Dann informieren Sie uns!  
Alors, informez-en nous!**

Mutationen müssen immer der Sektionspräsidentin und dem Zentralsekretariat gemeldet werden!  
Les mutations doivent toujours être signalées à la présidente des sections, ainsi qu'au secrétariat central!

Besten Dank! Merci!

## Commande d'abonnement/Abo-Bestellung

Je m'abonne pour une année au journal de la **Sage-femme suisse** au prix de Fr. 76.-  
 Ich bestelle die **Schweizer Hebamme** zum Jahresabonnement von Fr. 76.-

Nom Name	Prénom Vorname
Adresse:	
Date Datum	Signature Unterschrift

Adresse: Schweizerischer Hebammenverband, Zentralsekretariat, Flurstrasse 26, Postfach 647, 3000 Bern 22