

Écrit professionnel de fin de formation

Septembre 2021

**La place de la réduction des violences / maltraitances gynécologiques
dans la pratique du Conseil Conjugal et Familial : un travail
d'équilibriste dans un centre de santé sexuelle**

Mélanie DELORT



Maltraitance en gynécologie / crédits : Radio France

Formation au Conseil Conjugal et Familial 2020-2021

Planning Familial 13

« Il est à peine exagéré d'affirmer que pour un très / trop grand nombre de gynécologues-obstétriciens (mais aussi, il faut le souligner, pour bon nombre de généralistes, de sages-femmes et d'autres praticiens spécialisés, car la plupart ont été formés par des GO¹...), la femme française "normale" est hétérosexuelle, de poids ni trop élevé ni trop bas, avec une poitrine ni trop forte ni trop petite, sans acné ni pilosité excessive ; elle a fait sa puberté entre 11 et 13 ans, a un cycle menstruel compris entre 25 et 30 jours (plus c'est proche de 28, mieux c'est), débute sa première grossesse avant 25 ans, a deux ou trois enfants avant d'avoir atteint la quarantaine et débute sa ménopause autour de 50 ans. Elle prend la pilule sans jamais l'oublier ; ne se plaint d'aucun effet secondaire ; se plie à une consultation *annuelle* comprenant *obligatoirement* examen des seins, examen au spéculum, frottis de dépistage (dès le premier rapport sexuel, bien sûr !), toucher vaginal et échographie, et comprend qu'il s'agit là d'une condition *absolue* pour se faire prescrire une contraception ; se plie à une mammographie de dépistage à partir de quarante ans (même s'il n'y a pas d'antécédent familial) ; ne demande pas d'IVG (elle n'oublie jamais sa pilule, vous vous souvenez ?) ; accouche à l'hôpital ou en clinique aux dates prescrites par le praticien ; allaite ou n'allait pas son enfant conformément aux instructions dudit praticien (ou du collègue pédiatre qui exerce au même étage/dans le même cabinet de groupe). Et surtout, surtout, elle ne lit pas d'inepties sur l'internet et ne pose pas de questions qui font perdre du temps. Et, comme toutes les questions en font perdre, mieux vaut qu'elle n'en pose pas du tout. »

Martin Winckler

¹ GO = gynécologues obstétricien-ne-s

Sommaire

Table des matières

Introduction.....	4
1) Les violences / maltraitements gynécologiques.....	6
→ Définir les violences / maltraitements gynécologiques.....	6
→ Des violences invisibilisées et minimisées.....	8
→ Une médecine sexiste, hétéro-normative, blanche, bourgeoise, valide, grossophobe, binaire.....	9
→ La relation soignant·e / soigné·e.....	10
→ Les contextes en santé sexuelle et les personnes les plus exposées.....	11
2) Quelle place dans la lutte contre les violences / maltraitements gynécologiques en tant que CCF.....	14
→ La lutte contre les violences / maltraitements gynécologiques, une question émergente en France ?	14
→ Des approches féministes ressources face aux violences / maltraitements gynécologiques.....	16
→ Une place d'interface en tant que CCF.....	18
3) Réduire les violences / maltraitements gynécologiques, quels enjeux pour et dans le métier de CCF....	20
→ La prévention et l'information pour un accès aux droits en matière de santé sexuelle.....	20
→ Accueillir les personnes.....	22
→ Préparer les personnes aux consultations gynécologiques.....	23
→ Outiller et renforcer les personnes.....	25
→ Analyser des violences / maltraitements gynécologiques par l'éducation populaire et politique....	27
→ Écouter de manière ajustée.....	29
→ Nommer et questionner les violences / maltraitements gynécologiques.....	30
→ Orienter les personnes vers les professionnel·e·s de santé.....	32
→ Interpeller et dénoncer les violences / maltraitements gynécologiques.....	33
4) Des pistes d'action pour penser une dimension collective face aux violences / maltraitements gynécologiques.....	37
→ L'accompagnement des usagèr·e·s en consultation.....	37
→ La démedicalisation.....	38
→ Les accueils collectifs.....	40
→ L'expérience des ateliers d'Auto-santé.....	42
Conclusion : Un travail d'équilibriste, entre un positionnement situé et féministe et une posture professionnelle au service de la relation d'aide.....	44
Bibliographie.....	46
Annexe 1 - Grille d'entretien.....	48
Annexe 2 – L'auto-questionnaire.....	49
Annexe 3 – Questionnaire Gynandco pour proposer un·e soignant·e.....	50
Annexe 4 – L'anatomie génitale externe (normative).....	51
Résumé.....	52

Introduction

Lutter contre les violences / maltraitements gynécologiques (VG / MG)² m'est depuis longtemps apparu comme un enjeu majeur dans les luttes féministes, en cela que le système médical est un des vecteurs du patriarcat, qu'il participe du contrôle du corps des femmes et personnes minorisées de genre et de la dépossession de nos savoirs et savoirs-faire sous couvert de santé, de prise en charge et de gestion des risques... Alors que le corps et sa connaissance est un élément central de l'empowerment³.

Si les VG / MG s'inscrivent dans le continuum des violences sexistes et sexuelles, elles sont parfois invisibilisées, vécues comme banales et ordinaires... il y a pourtant une nécessité de reconnaître ces violences pour mieux les prévenir, les réduire et les dénoncer. Permettre aux personnes de les identifier me semble un défi important dans cette lutte et dans une approche globale de prévention des violences.

C'est parce que je sentais que mon regard sur le sujet pouvait être biaisé par mon rapport au monde médical et par une critique féministe du pouvoir médical construite au long court, qu'il me semblait aussi important d'aller clarifier ce positionnement dans la pratique de Conseillère Conjugale et Familiale (CCF)⁴. J'avais la sensation que si la mission de réduire les VG / MG n'apparaît pas explicitement dans le champ d'action d'une CCF, elle s'inscrit selon moi très largement dans la fonction de prévention dans le champ de la promotion de la santé et de la lutte contre les violences sexistes et sexuelles (fonction inscrite dans le référentiel d'activité du métier de conseil conjugal et familial).

Au fur et à mesure des enseignements de la formation de CCF et à partir du moment où j'ai travaillé en tant qu'animatrice de prévention au Planning Familial 13 (PF13) en octobre 2020, j'ai pu prendre la mesure du métier de CCF et découvrir une autre manière d'envisager ce métier au sein d'un CPEF (Centre de Planification et d'Éducation Familiale), impliquant donc la présence d'un centre médical

² J'utiliserais l'abréviation VG / MG pour violences / maltraitements gynécologiques à chaque fois que cela sera possible pour éviter trop de redondances.

³ « L'empowerment est un concept qui désigne le fait de développer sa capacité individuelle et collective à agir, à avoir prise sur nos situations et les contextes sociaux dans lesquels nous évoluons, à transformer ces contextes. L'empowerment est une nécessité pour les groupes sociaux dominés et opprimés, qui doivent, pour lutter et en luttant, se libérer des mécanismes structurels qui les réduisent à l'impuissance : « sentiment de ne pouvoir ni fuir ni se battre, d'être pris·e au piège, [l'impuissance] est un effet de la violence symbolique qui fait qu'on a intégré notre illégitimité dans nos conceptions (ce qu'on pense, ce qu'on est en capacité de concevoir), et également dans nos corps (ce qu'on se sent capable de faire) », définition issu du livre *Organisons-nous ! Manuel critique*, Adeline de Lépinay, Hors d'atteinte, 2019

⁴ Je fais le choix de genrer au féminin les personnes exerçant le métier de CCF et notamment pour les CCF que j'ai interrogées pour cet écrit car cela représente une très large majorité et une réalité sociale.

ou centre d'orthogénie, contrairement aux EVARS (Espaces de Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle) dans lesquels j'ai pu être bénévole dans le passé. Et c'est dans ce contexte que venir questionner la place que pouvait avoir la réduction des VG / MG dans la pratique du métier de CCF venait faire sens... parce que la place du médical dans le quotidien du PF13 est importante. Et même en occupant un poste d'animatrice de prévention, nous avons en dehors des interventions d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle à l'extérieur ou dans les murs, des missions d'accueil des permanences des CCF et du cabinet médical, ainsi que des permanences au standard dont les sollicitations concernent majoritairement les rendez-vous médicaux.

Et si la réduction des VG / MG sous-tendait une bonne partie de la pratique de CCF en matière de santé sexuelle, sans qu'elles ne surgissent en tant que telles ? Quels moyens la CCF a pour réduire les VG / MG auprès des personnes qu'elle rencontre dans le cadre de ses missions et dans les différents terrains d'exercice ? Avec quel·le·s soignant·e·s travaille-t-elle, vers qui oriente-t-elle les personnes dans le cadre des consultations en santé sexuelle ? Quelles approches, quels outils au service de cette mission, quelle place a-t-elle dans cette réduction des VG / MG et quelle place peut-elle prendre dans cette lutte actuelle ? Quelles pistes d'action ? C'est à ces différentes questions que je vais tenter de répondre dans cet écrit.

Pour cela, j'ai envisagé une méthode d'enquête constituée de mes observations lors de mes temps de stage interne, de ma pratique en tant qu'animatrice de prévention et en tant qu'écouter du N°Vert national IVG-Contraception-Sexualités, et des entretiens avec des CCF et une animatrice de prévention travaillant au PF13, ayant toutes des casquettes différentes, des anciennetés différentes au sein de la structure, à partir d'une grille d'entretien qui se trouve en Annexe 1. Les 6 entretiens réalisés sur une période d'un mois ont duré en moyenne 1h à 1h30. Certains entretiens ont vite pris l'allure de discussions qui me permettaient d'échanger autour de mes questionnements. Le contenu de ces entretiens prend une place importante dans cet écrit car ils viennent nourrir des réflexions ou en ouvrir de nouvelles.

Dans cet écrit, j'essaye d'utiliser au maximum un vocabulaire inclusif et de rendre visibles certaines des problématiques concernant les personnes intersexes, trans et /ou non binaires, les personnes non valides, les personnes racisées, les personnes grosses mais j'ai bien peur que par manque de données et d'expériences de terrain, certains éléments ne soient pas suffisamment développés.

1) Les violences / maltraitances gynécologiques

Il y a un enjeu à définir ce que sont les violences / maltraitances gynécologiques car il me semble important de construire des représentations communes sur le sujet, de mieux repérer les contextes dans lesquelles elles peuvent s'exercer, participer de les visibiliser et accompagner les personnes à les identifier. Lors de mes entretiens, j'ai questionné d'emblée les CCF sur comment définir les violences gynécologiques, faut-il leur préférer le terme de maltraitances, afin d'interroger leurs positionnements, leurs postures et leurs pratiques par rapport à cette réalité.

→ Définir les violences / maltraitances gynécologiques

« Toutes sortes de violences physiques, verbales, psychologiques... bien évidemment ne se réduit pas aux violences physiques, gestes en lien avec la sphère gynéco. » Cette définition synthétique amenée par une CCF est intéressante dans le sens où comme pour les violences dans le couple, elle visibilise les violences verbales, psychologiques qui peuvent avoir des impacts tout aussi délétères.

D'autres CCF ont davantage décrit des situations, des gestes, des propos, des actes, des pratiques qui pouvaient être considérés comme violents dans la cadre de consultation en santé sexuelle. Cela peut être « imposer, juger des choix et des pratiques, valoriser certaines pratiques et pas d'autres, minimiser des douleurs, des ressentis », ou bien « une contrainte à l'examen gynéco, que ce soit de la vulve ou pénétratif avec le spéculum ou avec les doigts et surtout ces actes sans expliquer, sans consentement et surtout sans prendre en compte la douleur et la contraction des muscles du périnée, sans prendre en compte la position de la personne, sans laisser des marges de discussion pour que cet examen se passe au mieux, c'est un endroit où il peut y avoir plein de violences et notamment à caractère sexuel, donc qui concerne le génital. »

Plus particulièrement « sur le volet de l'IVG⁵, des médecins expriment des jugements alors même que ce sont des médecins qui choisissent de pratiquer des IVG », cela peut être « ne pas prévenir de ce qu'ils vont faire comme acte, je pense notamment aux écho endo-vaginales, ne pas expliquer à la personne ce qui va se passer, aussi quand examen gynéco... alors que ça ne va pas de soi d'être en face d'une personne avec les pattes écartées et en face d'une personne qui a un pouvoir médical, qui a le savoir... la pression à la nudité et l'inconfort de la position pour l'examen gynéco...

⁵ IVG = Interruption Volontaire de Grossesse

« déshabillez-vous Madame ! » sans prendre aussi la précaution de savoir si la personne n'a pas vécu de violences. »

Pour une autre des CCF, ce terme de violences gynécologiques apparaît comme fort et la fait réagir. « C'est heurtant... c'est un terme trop fort, car la violence est forcément un mode de fonctionnement choisi... ».

Selon le rapport du Haut Conseil à l'Égalité (HCE)⁶, les violences gynécologiques sont « le fait de soignant.e.s, de toutes spécialités, femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant.e.s. ». Dans cette définition, il me semble que les soignant.e.s sont déresponsabilisé.e.s de leurs pratiques. Cette question de la non-intentionnalité des soignant.e.s est à interroger, est-ce que c'est une forme de tolérance intégrée ? Bien évidemment ces violences sont à considérer dans un contexte d'exercice. Certain.e.s sont aux prises avec des conditions de travail pressurisantes. La question du manque de temps est un des facteurs favorisant de potentielles violences. Et il est difficilement concevable de penser que les soignant.e.s sont pro-actif.ve.s dans l'exercice des violences. Mais il me semble qu'il y a un enjeu à décrire ces comportements problématiques comme violents, et les VG / MG comme des violences structurelles, systémiques, qui s'insèrent dans un continuum plus large des violences sexistes et sexuelles.

Dans l'introduction du livre de Mélanie Déchalotte sur les maltraitances gynécologiques et obstétricales⁷, est questionné ce que recouvrent les notions de violences et de maltraitances. Selon elle, le terme de « violences gynécologiques » s'emploierait « dans son intention d'alerte et de dénonciation » [...] pour « produire une réelle prise de conscience. Le terme de maltraitance permet, lui, d'attirer l'attention sur le dévoiement de la mission première de soin. Il invite à réfléchir aux conditions d'un meilleur traitement, et donc à la « bienveillance » ».

Une des CCF insiste effectivement sur le fait que « maltraitance ça a le bénéfice d'être plus entendable par les médecins, dans violence il y a potentiellement le fait de judiciaireiser, pénaliser... et donc la crainte de se reconnaître comme violent.e, parce que c'est violent de se rendre compte qu'on est violent.e. »

⁶ Rapport du Haut Conseil à l'Égalité « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner les violences », 2018.

⁷ Mélanie Déchalotte, Le livre noir de la gynécologie. Maltraitances gynécologiques et obstétricales : libérer la parole des femmes. Édition Pocket, mars 2019.

Alors à ma question « faut-il préférer le terme de maltraitements gynécologiques ? » (question que j'ai posée dans mes entretiens), je décide de conserver les deux termes de violences et maltraitements accolés, dans la mesure où le terme de maltraitance charrie le fait que l'on appelle à la bienveillance et au dialogue avec les soignant·e·s, et c'est aussi la porte que j'ai envie d'ouvrir avec cet écrit. Et le terme de violence amène à soutenir la subjectivité des expériences des personnes. Il se place plutôt du côté de l'usagè·e, du-de la patient·e, à qui il appartient de caractériser son vécu, au-delà d'une définition juridique de la violence.

→ **Des violences invisibilisées et minimisées**

Il n'est pas toujours aisé de prendre du recul sur des situations malaisantes, intégrées comme ordinaires, mais aussi sur des situations où nous sommes amenées à adopter le comportement que l'on attend de nous. « Comment penser les manques quand on a toujours été confronté à la même chose ? Le malaise peut-il se verbaliser ? A-t-on toujours des mots pour décrire, élaborer ce que l'on a vécu ? », partage une CCF.

Est-ce que minimiser ces violences / maltraitements vient produire de la réassurance ou au contraire nous écarter de ce que devrait être une consultation ordinaire, c'est-à-dire bienveillante et non-discriminante ? Le « manque d'écoute et de considération de l'autre en tant que sujet, le manque de consentement, d'écoute au langage corporel aussi qui peut montrer de la douleur, et ce qui fait que l'on a intégré tout ça comme étant normal, d'avoir mal au moment d'un examen », d'après une autre CCF.

« En gynécologie et obstétrique, la maltraitance médicale est une réalité qui peut rester invisible aux victimes elles-mêmes car la douleur reste perçue comme inhérente à la condition féminine. Avoir un utérus c'est souffrir. »⁸ « Dans l'imaginaire collectif, la douleur est associée à l'ensemble des phénomènes physiologiques qui touchent spécifiquement les femmes : menstruation, premières relations sexuelles, grossesse et, bien sûr, accouchement, renchérit Marie-Hélène Lahaye, dans « être une femme c'est avoir mal ».⁹

Ce qui est indéniable quand on parle de VG / MG, c'est que l'« on retrouve les mêmes mécanismes de déni et d'inversion de culpabilité qui œuvrent pour museler les victimes et maintenir un système

⁸ Ibid

⁹ www.marieaccouchela.blog.lemonde.fr, le 3 juin 2014.

de domination patriarcale. Honte et culpabilité.¹⁰» car ces violences sont encore difficilement audibles et donc dicibles.

Il est important de préciser que ces violences existent dès les premières consultations en santé sexuelle jusqu'aux dernières... En sachant qu'en l'absence de pathologie, une femme suivra en moyenne près de 50 consultations gynécologiques entre ses 15 et 45 ans (il est à noter que l'on ne considère pas les consultations après 45 ans dans ce chiffre).

→ Une médecine sexiste, hétéro-normative, blanche, bourgeoise, valide, grossophobe, binaire

Pour appréhender les VG / MG, il semble nécessaire également de revenir sur leurs origines. Il existe une vision patriarcale intégrée diffusée au sein de la formation des médecins, mais aussi des autres professionnel·le·s de santé impliqué·e·s dans le cadre de la santé sexuelle, comme les sages-femmes, les infirmier·e·s, une des raisons pourraient être que ces dernier·e·s sont formé·e·s la plupart du temps par des gynécologues-obstétriciens hommes cis¹¹ qui se sont octroyés les savoirs ancestralement détenus par les femmes, en les technicisant, en les professionnalisant. « La gynécologie, médecine consacrée uniquement à LA femme, semble à bien des égards être le fer de lance de cette conquête patriarcale sur le corps des femmes. L'histoire de la gynécologie occidentale est celle de l'oppression médicale »¹², écrivent les militantes féministes Barbara Ehrenreich et Deirdre English.

De plus, la sociologue Laurence Guyard rapporte que les inégalités de genre sont perpétuées dans les consultations gynécologiques à travers les normes et représentations de la sexualité féminine. « La sexualité prônée reste en effet profondément hétéronormée, reproductive et conjugale, marquée par le primat du désir et du plaisir masculin »¹³.

Le domaine du soin est aussi le terrain de différentes formes de discriminations souvent imbriquées telles que le racisme, le classisme, la grossophobie, les LGBTQI+phobies, l'âgisme, le validisme,

¹⁰ Mélanie Déchalotte, *Le livre noir de la gynécologie. Maltraitements gynécologiques et obstétricaux : libérer la parole des femmes*. Édition Pocket, mars 2019.

¹¹ Homme cis = homme qui se reconnaît dans le genre qui lui a été assigné à la naissance.

¹² Barbara Ehrenreich et Deirdre English, *Sorcières, sage-femmes et infirmières : une histoire des femmes soignantes*, Cambourakis, 2015.

¹³ Laurence Guyard, « Chez la gynécologue. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines », *Ethnologie française*, 2010.

etc. qui impliquent des traitements différenciés dans les prises en charge et les parcours de soin. Et il me semble qu'il y aurait un intérêt à reconnaître ces discriminations comme des violences systémiques pour espérer voir changer les pratiques. Un exemple édifiant est le syndrome méditerranéen : « un stéréotype culturel, à dimension raciste, consistant pour les professionnel·le·s soignant·e·s à considérer que les personnes nord-africaines, noires ou d'autres minorités exagèrent leurs symptômes et leurs douleurs, ce qui entraîne une défaillance de la prise en charge médicale de ces populations. »¹⁴

En somme parmi les pratiques bien ancrées dans le milieu médical persiste le fait de minimiser les douleurs, les ressentis, et surtout le fait de ne pas « travailler avec ». C'est probablement là que se loge une différence fondamentale dans les pratiques du prendre soin et du travail d'écoute.

→ La relation soignant·e / soigné·e

Le pouvoir médical et son corollaire le savoir médical toujours très respectés traversent la relation de soignant·e / soigné·e. Et ce pouvoir accordé aux soignant·e·s légitime parfois le fait qu'ils usent, exercent de la violence.

« Les violences médicales ont à la fois une dimension interpersonnelle, s'exerçant entre deux ou plusieurs personnes, et une dimension systémique, puisqu'elles sont ancrées dans la façon dont se construisent la médecine et les médecins. [...] La relation inégalitaire entre patient·e·s et médecins met la personne qui soigne en position d'exercer des abus sur la personne soignée et a souvent pour effet de nous déposséder de nos moyens, nous plaçant dans l'incapacité de répondre lorsque la situation est problématique.¹⁵» D'autant que la particularité des consultations en gynécologie est que nous sommes la plupart du temps dans une position d'hyper-vulnérabilité car entièrement ou en partie nu-e, les jambes écartées et que du fait d'être en situation de besoin d'un service, de demande d'une contraception, d'un examen, d'une prescription, il est parfois dans la balance bénéfice / coût difficile de s'autoriser à formuler ce qui ne nous convient pas pour obtenir ce que l'on souhaite.

De plus le manque de communication, de temps et d'explication et le fait que le-a médecin n'exprime pas toujours les cheminements pour lesquels iels préconisent tel ou tel examen sont souvent les symptômes de cette relation duelle dissymétrique. Ce qui représente tout l'inverse des

¹⁴ Définition de wikipédia

¹⁵ Notre corps, nous-mêmes. Écrit par des femmes, pour les femmes. Édition entièrement réactualisée. Faits & Idées, éditions Hors d'atteinte, 2020

enseignements précieux de la formation du métier de CCF. Au-delà d'une écoute active de la personne, une attention particulière est portée par le fait d'explicitier, expliquer pourquoi on pose telle question, demande telle précision autour du récit que la personne fait de sa situation, pour impliquer la personne dans cette attitude questionnante, mais aussi en mobilisant sa propre congruence pour prendre soin de la relation d'aide.

Un témoignage d'une des CCF illustre bien la relation soignant·e /soigné·e : il est « difficile de dénoncer (*les comportements*) comme des violences gynécologiques, parce que c'est l'histoire d'un abus de pouvoir, et ça dit des choses sur la classe. On est face aux médecins, au pouvoir médical. » Cela appuie le fait que c'est difficile de remettre en cause le savoir et l'autorité médicale, c'est autant de part la dimension inter-relationnelle que la dimension structurelle, et qui peut nous renvoyer face à une impuissance à agir.

→ **Les contextes en santé sexuelle et les personnes les plus exposées**

En creusant le sujet et en prenant la mesure et l'étendue des missions en CPEF, je me suis rendue compte d'un nombre conséquent d'endroits où peuvent s'exercer des violences en consultation en santé sexuelle, et c'est presque vertigineux. Cependant, en avoir conscience permet d'y être particulièrement attentive dans l'accueil des personnes.

Je me suis appuyée sur les différentes raisons de consultations en santé sexuelle listée dans *Zones à défendre, Manuel d'autodéfense féministe dans le cadre de la consultation sexuelle et reproductive*¹⁶, rédigé par un collectif de personnes venant de différentes associations féministes belges, pour décortiquer les contextes dans lesquels peuvent émerger des violences.

- Les consultations pour les personnes intersexes : un contexte dans lequel le poids des normes binaires sur le vécu des personnes est particulièrement présent. Ce sont des mutilations vécues le plus souvent à la naissance et dans l'enfance sans un consentement libre et éclairé mais aussi des actes médicaux multiples, répétés et invasifs et la problématique de la rétention des dossiers médicaux.

- Les consultations en phase de puberté : un contexte qui interroge concernant l'injonction à « ma première consultation en gynécologie » mais surtout concernant l'examen gynécologique. « La société entière semble encourager les jeunes filles à réaliser un examen dès leurs premières règles ou dès les premières relations sexuelles »¹⁷ alors qu'il est désormais recommandé très schématiquement

¹⁶ Brochure *Zones à défendre, Manuel d'autodéfense féministe dans le cadre de la consultation en santé sexuelle et reproductive*, Une collaboration de Corps écrits et Femmes & Santé, 2020.

¹⁷ Ibid

d'attendre 25 ans pour le frottis, 50 ans pour l'examen « clinique » des seins et plutôt mise en doute l'utilité du toucher vaginal. Cette consultation est présentée comme un premier examen de « routine », comme pour minimiser.

- Les consultations de suivi gynécologique, contraception et prévention des IST/VIH : un contexte où les personnes de tout âge sont confrontées aux normes médicales autour du corps, de l'identité de genre, de notre sexualité, notamment vis-à-vis de la contraception (critère des soignant·e·s, manque de formations et de connaissances sur certains moyens de contraception) et vis-à-vis des IST/VIH (prévention cisgenrée et excluant souvent les lesbiennes des publics « cibles », manque de formations et de connaissances sur les traitements post-expositions et traitement pré-exposition par exemple).

- Lors de la prise en charge des avortements et des fausses-couches : des événements dans la vie des personnes qui peuvent être traumatisants, et d'autant plus s'il y a absence d'accompagnement et si la prise en charge est jugeante et culpabilisante.

- Les consultations autour de la cinquantaine et au-delà : une période particulière physiologiquement et trop souvent considérée comme une période à risque qu'il faudrait surveiller, des très contestés dépistages du cancer des seins dans la mesure où nous avons des informations partielles sur les bénéfices/coût de cette prévention à la prise en charge médicale de la ménopause qui implique des traitements hormonaux de substitution sans questionner cette période comme étant surtout une construction sociale.

D'autres contextes sont particulièrement propices aux violences, je pense notamment aux consultations de fertilité, aux parcours des PMA (Procréations Médicales Assistées), au parcours pour un diagnostic d'endométriase, où l'errance médicale est particulièrement prégnante et maltraitante.

Et il est à noter qu'il y a des personnes particulièrement vulnérables aux VG / MG. Une CCF partage également une pratique assez commune qui est d'imposer une contraception aux personnes en situation de handicap : « en général on met un implant à la personne et on ne se préoccupe pas d'expliquer à la personne de pourquoi on lui met un implant, à quoi ça sert, ou de savoir si la personne a une sexualité avec risques de grossesse et puis du coup, on ne se préoccupe pas des violences sexuelles. Mais aussi parce que c'est une condition pour entrer dans une structure adulte. Par exemple on ne lui pose même pas la question de si elle est lesbienne ou pas ? ». Les personnes en situation de handicap, les personnes psychiatisées ou bien des personnes vivant avec des maladies, comme les personnes vivant avec le VIH, sont moins enclines à dénoncer des pratiques maltraitantes car elles sont particulièrement dépendantes à l'égard du milieu médical.

De plus, les personnes ne sont pas égales face au système de santé : je pense aux habitant·e·s des déserts médicaux grandissants, aux personnes trop précaires pour payer le reste à charge, aux personnes non-francophones, aux personnes en situation irrégulière, se retrouvant particulièrement contraintes dans leurs parcours de soins.

2) Quelle place dans la lutte contre les violences / maltraitances gynécologiques en tant que CCF

→ **La lutte contre les violences / maltraitances gynécologiques, une question émergente en France ?**

Même si un nombre important d'articles avait déjà permis d'alerter sur les VG / MG dans le cadre des consultations gynécologiques, c'est après le déferlement des 7000 témoignages en novembre 2014 sur le hashtag #PayeTonUtérus qu'émerge publiquement un phénomène dont on ne mesurait pas l'ampleur. Ce qui a permis au Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes de se pencher sur la question lors d'un rapport en juin 2018, déjà évoqué plus haut. C'est à cette période que le terme violences apparaît dans les instances gouvernementales. En 2018 également c'est le documentaire « Paye (pas) ton gynéco » de Nina Faure¹⁸ qui met en lumière le fait que les professionnel.le.s de santé tardent à prendre le problème au sérieux.

Pour faire du suivi gynécologique et obstétrical un parcours qui n'entrave ni les droits, ni l'autonomie des personnes, le Haut Conseil à l'Égalité formule dans son rapport 26 recommandations, articulées autour de 3 axes : « **reconnaître** les faits, c'est-à-dire l'existence et l'ampleur des actes sexistes dans le suivi gynécologique et obstétrical ; **prévenir** les actes sexistes, via la formation des professionnel.le.s de santé, l'inscription de l'interdiction des actes sexistes dans le code de déontologie médicale, et la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques existantes ; **faciliter les procédures** de signalement et **condamner** sans détour les pratiques sanctionnées par la loi, via l'information des femmes sur leurs droits, l'implication des ordres professionnels et la formation des personnels en contact avec les femmes. »¹⁹ Il ne s'agit pas là de détailler et de commenter les 26 recommandations mais bien de revenir sur des choses marquantes qui nous intéressent à l'endroit des consultations gynécologiques.

¹⁸ Nina Faure, « Paye (pas) ton gynéco », 2018 : <https://www.youtube.com/watch?v=fsRZ59Urc2I>

¹⁹ Rapport du Haut Conseil à l'Égalité « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner les violences », 2018.

On peut noter que ce rapport n'intègre pas les personnes trans²⁰, les personnes non binaires²¹ et les personnes intersexes²², ayant des menstruations, une vulve, un vagin, un utérus, et c'est plus que regrettable car cela continue d'accentuer l'invisibilisation de leurs réalités.

Cependant, certains constats me semblent aller dans le sens d'une prise de conscience que de réels changements doivent être amorcés dans le cadre des soins, dont l'intégration des questions de bientraitance et de respect du consentement dans la formation initiale des professionnel·le·s de santé, ainsi que la lutte contre les violences sexistes et sexuelles dans le cadre des soins comme dans le cadre des relations de travail.

En outre, dans ces préconisations est mis en avant le fait d'inscrire « l'interdiction des actes sexistes dans le cadre de consultations gynécologiques dans le code de déontologie médicale. » Ce qui peut être intéressant pour interpeller et permettre que cette question soit prise au sérieux et qu'elle permette d'ouvrir des espaces d'échanges et de discussions sur les pratiques. Par ailleurs, les sanctions dites disciplinaires sont des peines professionnelles données par l'Ordre des médecins, que l'on sait très corporatiste. S'il est aussi recommandé de « condamner sans détour les pratiques sanctionnées par la loi », je me demande ce qui aujourd'hui fait frein à la pénalisation de ces actes ? Aucun chiffre à ma connaissance n'existe sur le nombre d'affaires de VG / MG portées devant la justice et leurs résolutions. Faut-il que le terme « violence gynécologique » soit inscrit dans la loi comme au Venezuela pour que des situations à priori condamnables soient prises en compte par la justice ?

Selon la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »²³ Martin Winckler explique qu'en se basant sur cette loi qui fait référence, toute maltraitance médicale pourrait être vécue par le·a patient·e comme un viol, si on considère la notion de consentement comme le pivot de cette analogie. Il explique ne pas se placer « sur le plan légal – car ce n'est pas sa compétence - mais

²⁰ Personne trans = personne qui ne se reconnaît pas dans le genre qui lui a été assigné à la naissance et transitionnant vers le spectre du masculin ou du féminin socialement et/ou médicalement et/ou administrativement

²¹ Personne non binaire = personne qui ne se reconnaît pas dans le genre qui lui a été assigné à la naissance, qui n'est ni « homme » ni « femme », cela peut être une combinaison de plusieurs genres, une absence de genre, ou un autre genre que « homme » et « femme ».

²² Personne intersexe = personnes nées avec un corps qui ne correspond pas aux définitions normatives du « masculin » ou du « féminin ».

Définitions issues d'un document du Planning familial *Qu'est-ce qu'une communication inclusive ?* réalisé dans le cadre de la campagne #MonEducSex et de la feuille de route « Agir avec les personnes LGBTQI+ » en juin 2021.

²³ Art. L1111-4 du code de la santé publique

sur le plan moral, éthique (du point de vue du soignant) et émotionnel (du point de vue du patient). »²⁴

C'est à cet endroit-là qu'il me semble aussi que la CCF peut s'inscrire dans cette lutte très actuelle, en faisant appel aux questions éthiques et politiques quand on interpelle les professionnel·le·s de santé et en se concentrant sur les vécus individuels et collectifs des personnes quand on les accompagne.

→ Des approches féministes ressources face aux violences / maltraitances gynécologiques

Du côté des soignant·e·s qui se mobilisent contre le sexisme et autres formes d'oppressions et de discriminations dans le milieu médical, l'accent est mis sur l'information des personnes, la formation des professionnel·le·s, la coopération professionnelle et la critique de la surmédicalisation.

Parmi ce mouvement, Pour une MEUF (Pour une Médecine Engagée Unie et Féministe) est une association loi 1901 qui regroupe des soignant·e·s engagé·e·s dans la lutte contre le sexisme dans le domaine de la santé et du soin. Depuis 2017, l'association lutte pour la défense des droits de toutes les femmes professionnelles de santé, la promotion d'une médecine et d'un enseignement en santé dénué de sexisme envers professionnelles et patientes et pour la création d'espaces de réflexions et de discussions. « Nous pensons que le féminisme est indissociable de la lutte contre les autres discriminations systémiques : racisme, homophobie, discrimination de classe, transphobie, grossophobie, ... et nous laisserons, chaque fois que ce sera possible, la parole aux concerné·e·s.²⁵»

Parmi les positions politiques qu'elles mettent en avant :

- « être une femme n'est pas une maladie, le « suivi annuel » en gynécologie et les examens systématiques n'ont pas fait la preuve scientifique de leur intérêt et doivent cesser. Le suivi gynécologique doit être basé sur l'information des patientes pour leur permettre de participer aux soins auxquels elles consentent.²⁶»

- « Nous appelons à débiter en France une réflexion sur l'accès à la contraception gratuite et en libre-service sans prescription médicale. Nous sommes également favorables à une réflexion sur la démedicalisation et la désinstitutionnalisation de l'IVG.²⁷ »

²⁴ <http://www.martinwinckler.com/> dont l'article « La maltraitance médicale est (vécue comme) un viol » datant du 25 février 2014.

²⁵ <https://www.pourunemeuf.org/>

²⁶ Ibid

²⁷ Ibid

Ce regroupement de soignant·e·s porte des positions communes à celles du Planning Familial. Leurs forces sont leurs actions de l'intérieur, notamment dans la sensibilisation sur le sexisme et la bientraitance auprès des professionnel·le·s et ceux en devenir. Il est à noter qu'ils soutiennent aussi une parole progressiste sur la réappropriation des savoirs : « l'association soutient et encourage l'auto-détermination, l'auto-organisation des patient·e·s et des personnes en général ainsi que la transmission des savoirs entre pairs.²⁸»

Du côté de structures regroupant des personnes concernées, l'IRASF (Institut de Recherche et d'Action pour la Santé des Femmes) est un collectif de femmes victimes de violences obstétricales et gynécologiques qui luttent bénévolement au quotidien pour une cause collective : le respect de leur consentement libre et éclairé et l'accès à une offre de soins de haute qualité basée sur des données scientifiques. L'IRASF met en place des actions d'informations, de sensibilisations, de préventions et de communications. L'association peut apporter soutien, écoute, informations, orientations en matière de santé physique et mentale, orientations en matière d'informations juridiques et sociales. Des ressources spécifiques non négligeables pour penser l'accompagnement de personnes concernées par des situations de VG / MG.

Par ailleurs, Adèle Fège, sage-femme et membre du collectif Santé en lutte en Belgique, interrogée lors d'une discussion retransmise sur internet organisée par Bruxelles Laïque, explique en substance qu'aucun·e professionnel·le ne peut prétendre n'avoir jamais été violent... « Il y a des facteurs institutionnels certes mais un levier d'action est la prise de conscience et la volonté de remettre en question ces pratiques et pour que cette prise de conscience se fasse, il est nécessaire de définir les violences et de libérer la parole... et de faire évoluer la loi du côté de la responsabilité juridique dans le soin, qu'elle soit civile, pénale, disciplinaire et/ou déontologique. » A noter aussi qu'en tant que professionnel·le·s de santé, ayant conscience d'un contexte économique et institutionnel comme terreau fertile aux abus, elle insiste sur le fait qu'il faudrait se mettre en lutte pour changer les conditions de travail et le système de santé dans son ensemble.

Marie-Hélène Lahaye, féministe, juriste, blogueuse et lanceuse d'alerte belge, fondatrice du site Marie accouche là en 2013, a surtout consacré ses écrits autour de la naissance et des violences obstétricales. Cependant, un billet appelé *L'examen gynécologique des jeunes femmes : un droit de cuissage moderne*, elle revient sur les recommandations pour les dépistages des cancers et notamment en explicitant les pratiques d'autres pays. Elle précise les différents actes de l'examen

²⁸ Ibid

gynécologique qui sont souvent proposés dans le cadre de ces dépistages et interroge leur nécessité. Elle donne l'exemple du Collège américain des Médecins recommandant de ne plus pratiquer de touchers vaginaux sur des patientes asymptomatiques après n'avoir constaté aucun impact de cet acte sur le taux de mortalité et de morbidité lié au cancer des ovaires, et après avoir relevé que ces inconvénients (peur, anxiété, gêne, douleur, pouvant décourager la femme à consulter) dépassent les bénéfices attendus.²⁹ »

Ce sont à leurs différents niveaux que ces associations, collectifs de personnes concernées, lanceuses d'alerte ou professionnel·le·s engagé·e·s peuvent donner à voir un regard critique sur les recommandations médicales, agir dans leurs contextes d'exercices et proposer d'autres pratiques, en sus des recommandations de bonnes pratiques. Les différents outils qu'ils développent, que ce soient des formations, des espaces de réflexions qui peuvent être aussi virtuelles, sont des ressources essentielles pour continuer de s'informer, de se former, aussi en tant que CCF dans le cadre des consultations en santé sexuelle.

→ **Une place d'interface en tant que CCF**

Si j'avais pensé au départ de ce travail, une place de trait d'union en tant que CCF dans la réduction des VG / MG, dans le sens d'une position « entre » qui pouvait ne pas être très confortable. C'est lors d'un entretien qu'une CCF a mis un autre mot qui me semble bien plus approprié : « l'interface entre les usagè·e·s et les soignant·e·s », ce qui confère une place plus dynamique. Elle implique une position de tiers et donc une mise au travail particulière dans un centre de santé sexuelle.

Nous pouvons d'un côté renforcer les personnes dans l'expertise qu'elles ont de leur propre situation, dans leurs droits et dans la connaissance de leur corps, nous les informons, les accompagnons vers un empowerment individuel et collectif dans toutes les questions liées à leur santé sexuelle. Et de l'autre, nous pouvons penser des alliances avec les soignant·e·s, créer des partenariats, des réseaux de professionnel·le·s de santé et en intégrer certains.

En tant que CCF, se positionner dans la lutte pour un accès à des soins non-discriminants et à des parcours de soins non-violents, engage à travailler avec les soignant·e·s. Pour la plupart des CCF interrogées, le fait de travailler dans un CPEF et donc avec une équipe médicale permet de penser

²⁹ <https://marieaccouchela.net/index.php/2016/10/06/lexamen-gynecologique-des-jeunes-femmes-un-droit-de-cuissage-moderne/>

des alliances intéressantes avec les soignantes³⁰. Cela se met en place petit à petit, notamment en les invitant sur des temps de réunion d'équipe sur des nouvelles thématiques qui traversent la structure, ou en les sollicitant sur leur expertise sur des journées spécifiques telles que celles des écoutantes du N° Vert.

Pour d'autres, il semble nécessaire de créer plus de collectif, plus de moments d'échanges, des temps d'analyse de pratique avec les soignantes de la structure pour travailler à des postures communes qui pourraient aller dans le sens de réduire les VG / MG.

A ma question « est-ce que le fait de travailler dans un centre de santé avec des soignantes sensibilisées est venu modifier ton appréhension des VG / MG ? », une CCF exprime une chose intéressante : « ce n'est pas tant de savoir que les médecins sont formés, sensibilisées mais de travailler avec... ». Cela rejoint un positionnement d'une CCF qui exprime la nécessité de créer plus de liens avec l'équipe médicale pour construire une confiance.

³⁰ Tout comme pour les CCF, je fais le choix de genrer au féminin les soignantes présentes au PF13. D'autant plus qu'à l'heure actuelle, l'équipe médicale se compose d'une gynécologue, trois médecins généralistes femmes et d'une sage-femme.

3) Réduire les violences / maltraitements gynécologiques, quels enjeux pour et dans le métier de CCF

→ La prévention et l'information pour un accès aux droits en matière de santé sexuelle

La prévention en santé sexuelle est une des missions premières des CCF. Et plus qu'une mission c'est aussi une vision de la santé qui est centrale dans notre approche. De plus, lutter pour un accès aux droits et un accès réel et de qualité aux soins en matière de santé sexuelle pour toutes est un des objectifs principaux du PF. Il y a un vrai enjeu en santé sexuelle d'« aller vers » les personnes pour les informer, les accompagner dans des stratégies de prévention et les orienter vers les lieux, structures et professionnel·le·s qui peuvent être ressources. Et j'ai bien conscience qu'agir dans le sens de réduire les VG / MG nécessite d'être particulièrement vigilante à ne pas induire de la méfiance, voire de la défiance en direction des professionnel·le·s de santé, notamment pour ne pas éloigner les personnes des parcours de soin.

Au Planning Familial 13, un point d'honneur est mis à évoquer les différentes approches qui soutiennent la pratique de CCF, d'animatrice de prévention et d'accueillante dans un cadre de prévention pour les affirmer comme principes directeurs et comme projet politique. Et dans le cadre de la réduction des VG / MG, ces approches peuvent être d'un appui considérable, elles permettent que ce soit en individuel ou en collectif, d'accompagner à repérer et identifier les situations problématiques.

L'approche Réduction des Risques (RdR) en matière de prévention en santé sexuelle consiste à se centrer sur les personnes et leurs vécus. Il s'agit de construire avec elles des réponses, tout en prenant en compte l'environnement social, en analysant les contextes et en travaillant sur les représentations sociales. Il s'agit donc d'inclure toutes les personnes dans la prévention et donc de repérer les freins à s'emparer des outils de RdR et d'aller vers des parcours de soins, dont les VG / MG.

L'approche inclusive et positive des sexualités est la prise en compte de toutes les sexualités et il s'agit d'un regard porté sur une conception positive de la sexualité, sans s'attarder seulement sur les risques de grossesses, des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), des violences. C'est promouvoir une sexualité sans entraves, épanouissante, consentie. Mais c'est aussi amener les personnes à réfléchir de manière critique face à l'ensemble des normes qui pèsent sur la construction

de leur identité et leur sexualité, le choix (ou pas) d'entrer en relation affective et/ou sexuelle avec autrui, mais aussi des normes autour de la santé sexuelle.

Réduire les risques en santé sexuelle c'est donc aussi penser l'inclusivité des messages en direction des personnes. Lorsque l'on anime des groupes que ce soit dans les établissements scolaires ou bien en direction de personnes accompagnées par des structures sociales partenaires, il est nécessaire de penser des outils inclusifs pour que toutes les personnes se sentent concernées. Une CCF partage qu'« en groupe info, c'est cette question de ne pas amener systématiquement les questions de contra, en tout cas de ne pas faire valoir qu'en santé sexuelle, il n'y a que cet endroit-là, aussi pour être le plus inclusive possible en précisant notamment que la contra, c'est dans le cadre de relations hétérosexuelles... ».

Pour que les personnes puissent faire des choix libres et éclairés, il est indispensable qu'elles puissent être bien informées. Cela suppose donc de partir de ce qu'elles savent déjà mais parfois cela nécessite de prendre les devants pour les informer sur leurs droits. Il n'est pas rare d'informer les personnes sur le fait que les soignant·e·s ont le devoir de demander leur consentement pour les examiner, ou bien de les inciter à dire stop si elles ne se sentent pas à l'aise.

Informé les personnes sur leurs droits c'est aussi leur donner les différentes options qu'elles ont à leur disposition et de les accompagner dans leurs choix. Dans le cadre des IVG, que ce soit en permanence ou au N°Vert, informer les personnes peut aussi signifier les prévenir, sur le déroulement concret de l'IVG, sur les différentes étapes, sur l'échographie de datation le plus souvent en endo-vaginale si la grossesse date de moins de 5 semaines, sur les saignements qui peuvent persister, les douleurs, sur la possibilité de choisir dans certains établissements l'anesthésie locale ou générale, donner des indications sur les risques et les taux d'échecs, etc. Et face à cette masse d'informations, c'est surtout clarifier avec les personnes que ce parcours peut être long mais qu'elles peuvent s'autoriser face aux injonctions et contraintes à exprimer des choix. C'est d'ailleurs ce que l'on nomme l'entretien pré-IVG qui constitue une de nos missions et qui prend un temps assez conséquent. S'il est obligatoire pour les mineures souhaitant avorter, il est pour toutes le moment de conscientiser ce que cela implique et parfois il permet un temps d'écoute sur les ressentis et le vécu de la situation, car cela peut être un moment complexe et/ou qui peut amener d'autres questionnements autour de la santé sexuelle ou bien de sa vie affective, relationnelle et sexuelle.

→ Accueillir les personnes

En réfléchissant à notre place en tant que CCF dans cette mission de réduire les VG / MG, j'en suis venue à m'interroger sur le regard que l'on pouvait porter sur nos accueils. Intervenant également dans le cadre de consultations en santé sexuelle, nous pouvons aussi être mise dans une position de sachante, d'experte de la part des usagè·e·s. Il s'agit donc de se détacher de ce pouvoir que l'on nous octroie, de tenter de ne pas reproduire les dominations, et de continuer à questionner nos privilèges. Il me semble qu'il est nécessaire de poursuivre une réflexion pour réduire les risques de véhiculer de la violence, de participer à discriminer des personnes et dès les premiers instants de la rencontre avec la personne.

Dans le cadre de mon stage interne à la permanence du PF13, une CCF a pu me partager qu'elle avait arrêté de dire qu'« ici c'est un accueil non jugeant » car on ne pouvait nullement garantir que l'on ne laisserait pas transparaître nos propres préjugés et nos représentations, et probablement parce qu'il est illusoire de penser que nous ne jugeons pas. Tout comme on ne peut garantir aux personnes quand on oriente vers des professionnel·le·s dit·e·s « safe » : « tout va bien se passer ! », il me semble intéressant d'être dans cette vigilance pour nos accueils. Malgré cette envie d'être la supère CCF qui a tout déconstruit, qui est toujours et en tout temps dans une compréhension empathique, un regard positif inconditionnel et une congruence « à toute épreuve » (les 3 attitudes fondamentales de l'Approche centrée sur la personne, j'y reviendrai), il me semble que c'est un métier qui nécessite une remise en question permanente de sa pratique, tout en évitant l'épuisement bien évidemment.

En outre, lors d'un entretien, une autre des CCF a pu revenir sur une époque où « l'accueil des lesbiennes a été complexe. C'était dans la façon de questionner, de présupposer que les personnes étaient hétéros. Il y eu ce passage... Comme cela s'est passé pour les personnes trans. Pour les médecins mais c'est pour nous aussi. Quand on a commencé à accueillir des personnes non hétéros, des personnes minorisées, on a fait des bourdes... mais ce qui est important c'est de se le dire, pour ne pas y retomber. »

Ces constats-là marquent l'importance d'être dans une vigilance permanente. Le cadre et l'organisation de travail doit pouvoir offrir aux CCF des espaces d'analyse de pratique, de formation, et une attention particulière doit être mise sur une veille active et une actualisation de nos connaissances, en s'appuyant sur les associations et collectifs auto-support de personnes concernées.

Lors de mon intervention individuelle thématique réalisée dans le cadre de la formation, j'ai proposé à mes co-stagiaires de travailler sur les « Notions d'intersectionnalité, de systèmes d'oppressions et de privilèges ». Au-delà d'une partie plutôt théorique, j'ai amené le groupe à repérer, lister des exemples situations / des interactions rencontrées dans lesquelles la question des rapports sociaux était à l'œuvre, puis à partir de là, proposer comment apporter une attention particulière à la question des privilèges et des rapports sociaux qui traversent la relation d'aide... Mon intention était de réfléchir à une sorte de protocole d'accueil / d'intervention listant les points de vigilance à avoir dans notre pratique. Un des exemples concrets lorsque l'on accueille une personne était de systématiser la question : « avez-vous une sécurité sociale ? », pour ne pas laisser place à nos représentations et nos préjugés.

Selon le protocole d'accueil du PF13, il est demandé aux personnes de venir sur les permanences d'accueil et d'écoute des conseillères avant une première consultation dans le cabinet médical, notamment pour remplir le dossier médical. Comme évoqué par une accueillante, « souvent je lie le rendez-vous gynéco et le temps d'écoute à la permanence sous cet angle de la préparation à la consultation, en le justifiant sur le fait que parfois quand on se retrouve face au médecin, on oublie, on ne pose pas toutes les questions qu'on voulait poser. Axer ce temps sous cet angle de la préparation permet de donner du sens à cette pratique, car cela peut rajouter un rendez-vous et donc plus de lourdeur au parcours des personnes. Et puis au standard je précise souvent que cela va être une femme médecin, pour éliminer cette question d'emblée... ». Un temps qui peut être vécu comme contraignant par certaines personnes mais qui finalement est au service de l'usagè·e, si iel s'en empare et projette ce temps pour se préparer à la consultation gynécologique.

→ **Préparer les personnes aux consultations gynécologiques**

Dans les entretiens, les CCF se sont attardées sur la préparation à la première consultation gynécologique. L'intention portée par cette préparation se situe dans une perspective d'empowerment, d'autonomisation sur la connaissance de son corps, de son anatomie, de ses droits mais également de transmission des enjeux en santé sexuelle, ce qui est une des fonctions de l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle. Il s'agit donc de préparer pour donner une grille de lecture et permettre d'identifier les écarts entre ce qui nous a été transmis et ce qu'il peut se passer.

Toutes s'accordent pour systématiser cette préparation : « je systématise de préparer au premier rendez-vous gynéco, c'est quelque chose auquel je fais très attention... ». Une CCF partage aussi : « Les usagè·e·s du PF sont souvent de passage, on ne les a pas ici pour la vie. Ou au bout d'un moment iels cherchent un gynéco de ville car iels pensent qu'il le faut, « Quand je me stabilise un peu », donc je systématise la préparation à la consultation gynéco. Je fais confiance à mes collègues ici c'est surtout pour plus tard. »

Différentes manières d'aborder cette préparation m'ont été rapportées. Une première est de questionner la personne : « Est-ce que vous avez une idée de comment ça va se passer ? », pour aussi permettre de lever des fantasmes, notamment parce que « les personnes peuvent s'imaginer direct les pieds dans les étriers... » et donc transmettre un élément essentiel aux usagè·e·s : « il n'y a pas toujours besoin d'être examiné·e ! ». Si la personne envisage un examen gynécologique, cela permet de dérouler comment ça peut se passer, utiliser le support de la « chatte en laine » et du spéculum, expliquer qu'il existe différentes tailles de spéculum, parler de la position gynécologique imposé par la table d'examen du cabinet (qui n'est malheureusement pas adaptée aux personnes grosses et/ou pour la position dite « cubitus latéral »), etc.

Une autre CCF utilise souvent comme support de cette préparation le remplissage du dossier médical avec la personne en explicitant qu'iels peuvent prendre le temps de parler de cette future consultation, en questionnant « c'est quoi qu'elle souhaite dans cette consultation ? (en particulier pour les personnes qui n'ont pas particulièrement de demande si ce n'est de savoir si tout va bien.) » et en se concertant avec la personne sur ce que l'on inscrit comme motif de consultation adressé à la médecin.

Un autre angle possible est de questionner si l'on sent une inquiétude pour la personne. « Est-ce que vous avez une appréhension concernant cette consultation ? ». Nous pouvons inviter la personne à verbaliser les endroits de son appréhension. Cela peut être de se projeter dans une nudité intégrale ou même une demie nudité, ou bien d'avoir peur de devoir parler de ses pratiques à risques, d'exposer son intimité, d'avoir honte de parler de sa sexualité, ou bien la crainte d'avoir mal lors de l'examen ou de la pose du DIU³¹, de l'implant. Nous pouvons alors prendre le temps d'expliquer, de rassurer ce qui permet le plus souvent de lever cette inquiétude.

Une préparation plus précoce en animation de groupes est aussi avancée par une CCF. L'individuel semble parfois plus facilitant pour préparer les personnes, car on part très concrètement de leur

³¹ DIU = Dispositif Intra Utérin

situation actuelle, ce pourquoi elles font la démarche de venir au Planning Familial 13, dans la perspective de la consultation, et que le face à face si on réussit à créer une relation de confiance, peut être un espace privilégié pour que les personnes s'autorisent à poser des questions. Il m'est pourtant arrivé à plusieurs reprises d'échanger en intervention collective autour des consultations gynécologiques. Cette thématique émerge le plus souvent quand je propose comme activité la « Malette contra », un de mes outils de prédilection, qui porte à mon sens mal son nom. C'est un outil qui permet d'appréhender, de voir, de toucher des objets de réduction des risques. Si elle se compose des différents moyens de contraception, nous pouvons faire le choix d'y ajouter des objets tels que des protections périodiques, des protections pour réduire les risques d'IST (préservatifs internes et externes, digue buccale, etc.), des flyers parlant de l'endométriose, des transidentités, mais aussi des objets comme le clitoris en 3D, le spéculum, un miroir, la chatte et l'utérus en laine qui permettent d'aborder l'anatomie des organes génitaux, et aussi la connaissance du fonctionnement du corps. La consigne que je propose le plus souvent est de choisir « un objet que l'on connaît, que l'on peut présenter aux autres » ou bien « un objet qui nous interpelle, qui nous pose question », et le groupe est invitée à échanger autour de chaque objet. Il n'est pas rare que dans les groupes non-mixtes de filles / femmes dans les lycées notamment, nous passions du temps sur la consultation gynécologique, un moment pour réaffirmer qu'il n'y a aucune obligation aux examens, parler du consentement, du secret professionnel, de l'obligation d'être orientée si un·e soignant·e n'accède pas à sa demande, etc.

Par ailleurs, quand il ne s'agit pas forcément d'une première consultation, l'une des CCF a pu évoquer que « l'intention première serait de préparer tout le monde et pour chaque consultation, mais dans les faits, elle insiste plus pour les personnes qui vivent le plus des discriminations (personnes trans, personnes non francophones, etc.) ou sur la question des IVG car c'est un endroit où on est plus susceptible de vivre des violences et des jugements. »

→ **Outiller et renforcer les personnes**

Outiller et renforcer les personnes nécessite au préalable de valoriser les personnes dans l'expertise qu'elles ont d'elles-mêmes au cours de l'entretien, relever les endroits de connaissances de leur corps et de son fonctionnement, inviter les personnes à verbaliser leurs besoins et leurs limites, ce qui peut permettre aux personnes d'affirmer leur choix quand elles se retrouvent en situation. Lorsque l'on oriente vers des professionnel·le·s de santé, cette posture de renforcer les personnes est

particulièrement importante mais c'est parfois aussi admettre avec prudence que nous ne pouvons dire de manière totalement honnête qu'elles vont pouvoir accéder à leurs demandes.

Un·e des CCF interrogé·e explique concernant la connaissance de l'anatomie et des enjeux de la santé sexuelle : « Pour moi te sentir compétent·e, être experte de ton corps, même si ce n'est pas toujours facile de se sentir compétent·e face à un·e médecin, c'est comme un préalable super important pour se défendre de violences, ou de certaines remarques et de décider de ne plus aller voir tel médecin. » Selon moi, il s'agit aussi de dire aux personnes que l'on peut s'autoriser à se défendre.

Diffuser des méthodes d'autodéfense médicales féministes semble faire sens et avoir toute sa place dans nos missions d'accompagnement. Ayant cet héritage critique et féministe du mouvement pour la santé des femmes en tant que CCF d'un Planning Familial, outiller les personnes pour qu'elles puissent s'autonomiser en matière de santé sexuelle sont des moyens pour réduire les VG / MG.

Difficile à cet endroit-là de ne pas parler de l' Auto-questionnaire : comment s'est passée la consultation gynécologique ? proposé dans une célèbre brochure *S'armer jusqu'aux lèvres !*³² (Auto-questionnaire en Annexe 2), constituant un premier pas vers des pratiques d'autodéfense pour s'interroger avant et après la consultation. Une des CCF avec qui je me suis entretenue, propose d'ailleurs au sujet de la préparation à une consultation médicale : « on pourrait s'inspirer de ces questions pour accompagner la personne, les utiliser avant et après les consultations pour permettre aussi à la personne de s'empuissancer... ou bien même de les afficher dans la salle d'attente ! En gros prendre le temps avec la personne de réfléchir aux questions qu'elle se pose et de les écrire. Et si la personne ne peut pas utiliser l'écrit, tenter à l'oral ». Comme évoqué, si cette préparation n'est pas envisagée en entretien, mettre à disposition la brochure ou seulement le questionnaire de manière accessible laisse le choix aux personnes de s'emparer de cet outil, pour qu'elles explorent par elles-mêmes l'identification de leurs besoins et de leurs limites, détecter les endroits de consentement, et peut-être même de trouver un moyen de les formuler.

En outre, la brochure *Zones à défendre. Manuel d'autodéfense féministe dans le cadre de la consultation en santé sexuelle et reproductive*³³, a été pensée comme un guide à destination des femmes et toutes personnes ayant une vulve, un vagin, un utérus et/ou des ovaires, inspiré d'expériences communes et collectives mais il s'adresse également aux étudiant·e·s, stagiaires et

³² *S'armer jusqu'aux lèvres ! Quelques outils d'auto-défense gynécologique à l'usage de toutes les femmes*, par un collectif de militantes des Cévannes, 2016.

³³ *Zones à défendre, Manuel d'autodéfense féministe dans le cadre de la consultation en santé sexuelle et reproductive*, une collaboration de Corps écrits et Femmes & Santé, 2020.

professionnel·le·s de santé pour qu'ils développent des clés de compréhension et d'auto-analyse, pour les inviter à identifier des choses, faciliter le vécu et mettre à l'aise les personnes dans les consultations.

Dans ce guide, parmi d'autres méthodes d'auto-défense mises en avant, la fuite paraît être une technique intéressante à s'approprier. Cela peut être « ignorer une question, changer de sujet si on est mal à l'aise, ne pas relever une blague déplacée »³⁴. Bien évidemment explorer cette méthode avec des personnes en entretien ou bien en collectif pourraient s'envisager à partir du moment où un récit d'une mauvaise expérience a été exposé, et donc d'inviter les personnes à explorer ou bien à partager des stratégies qu'elles pourraient mettre en place. Cette technique permet parfois de ne pas prendre le risque d'une agression plus forte. En connaître l'existence comme stratégie permet aussi de se déculpabiliser de ne pas agir, réagir chaque fois que nous sommes acculé·e·s par des comportements et paroles vécues comme violentes.

La fuite, cela pourrait être aussi de changer de professionnel·le·s et/ou de lieux de soins. Une CCF dit questionner assez régulièrement quand elle perçoit une insatisfaction, « est-ce que la relation avec ce-cette soignant·e ça va ? ». Elle précise qu'elle n'hésite pas à dire qu'on peut aussi changer de soignant·e quand cela ne nous convient pas et renforcer les personnes dans ce choix. Il est vrai que l'on constate régulièrement une sorte de « fidélité à son ou sa gynéco ». Cette pratique est totalement entendable, surtout quand on est satisfait de la prise en charge et de l'accueil du-de la soignant·e mais il semblerait qu'elle sonne aussi parfois comme une injonction qu'il s'agit de déconstruire.

Se défendre aussi verbalement en utilisant la technique des trois phrases pourrait être diffusée et transmise assez simplement, d'autant qu'elle s'inspire de l'auto-défense plus globale et qu'elle peut être transposée à d'autres situations dans sa vie, lors desquelles on a besoin de poser des limites claires et indiscutables : décrire le problème / décrire le ressenti / décrire la solution. Un exemple issu de Zones à défendre : « Vous ramenez mes problèmes de santé à mon poids. / Je ne me sens pas prise en compte. / Faites vos examens comme pour n'importe quelle autre femme.³⁵»

³⁴ Ibid

³⁵ Ibid

→ Analyser des violences / maltraitements gynécologiques par l'éducation populaire et politique

Permettre d'accompagner la réflexion des personnes, de faciliter le débat tout en favorisant l'expression des vécus et l'émergence d'un savoir porté par les personnes concernées, c'est de ce postulat de base que l'Éducation populaire et politique se revendique. Le principe est clair : une reconnaissance de la personne comme experte de sa situation et le groupe comme support pour des prises de consciences individuelles et collectives des oppressions, permettant ainsi d'élaborer ensemble des stratégies communes, voire de s'auto-organiser.

L'outil du Théâtre de l'Opprimé (TO) est un formidable outil pour venir questionner les rapports de domination et les différentes oppressions d'une manière générale. Une des scènes présentées par les comédien·ne·s portent sur la question des VG / MG avec un médecin de famille qui refuse de prescrire à Inès, le personnage principal, une pilule contraceptive sous prétexte de son âge et révélant un comportement très paternaliste de la part du soignant : « Tu sais Inès, je t'ai vu naître tu es un peu comme ma fille, je sais ce qui est bon pour toi... Tu dois me faire confiance. ». Ce TO multiplie les scènes où Inès se confronte aux injonctions et aux contraintes, cela permet de mettre en lumière le poids qu'elle porte déjà alors qu'elle tente de mettre tout en place pour réduire les risques. Souvent c'est une scène sur laquelle « on s'attarde très peu, on passe assez vite dessus comme une info plutôt que pour ouvrir le débat... et ensuite en GI, on peut revenir dessus, et notamment avec le groupe de filles », explique une animatrice de prévention qui est aussi comédienne dans les séances de TO du PF13.

S'attarder sur les consultations gynécologiques en collectif permet souvent de faire émerger des paroles liées aux vécus des personnes, et parfois sur l'injustice de certaines expériences, sur l'information sur les droits en matière de santé. C'est parfois le temps de la prise de conscience des inégalités et des oppressions, et d'autant plus en non-mixité liée au genre. Les interventions en groupe peuvent constituer des espaces pour venir analyser les inégalités femmes-hommes mais aussi d'autres situations que les personnes peuvent vivre. On peut alors s'appuyer sur une grille de lecture en sociologie des rapports sociaux permettant de prendre en compte la situation des individu·e·s et des groupes subissant de manière simultanée plusieurs formes d'oppressions, de discriminations ou de stigmatisations liées à leur genre, leur « race » (en tant que construction sociale), classe sociale, âge, capacité, orientation sexuelle et romantique, etc., en considérant l'articulation et l'imbrication

de leurs oppressions comme créant des dynamiques et des effets spécifiques sur les expériences et interactions des personnes, voire les renforçant.

→ **Écouter de manière ajustée**

L'écoute active présuppose d'être disponible à ce que dit l'autre et tendre vers une compréhension intellectuelle de ce qui s'échange mais elle nécessite également de rejoindre l'autre dans ce qu'il exprime pour saisir sa pensée et ce qu'il ressent. Écouter de manière ajustée c'est donc partir des ressentis des personnes, mais surtout accompagner à la mise en mot de ces ressentis, des émotions, des sentiments. C'est « travailler avec » dans la relation d'aide.

L'approche par les émotions permet de questionner s'il y a perception d'une peur ou d'un malaise à l'idée d'une consultation gynécologique. On peut alors amener la personne à être à l'écoute de cette émotion et des signaux qui peuvent l'alarmer dans ses expériences passées pour permettre de les repérer en situation. C'est aussi une invitation à identifier ses propres limites, et à travailler sur comment elles ont pu être posées ou pas dans le passé, et comment appréhender une prochaine consultation.

Cette écoute ajustée nécessite de rejoindre l'autre dans ses sentiments mais il ne s'agit pas non plus de mettre de côté les siens et de se positionner dans une impossible neutralité. Nous écoutons aussi à partir de ce que nous sommes, de notre vécu et de nos sentiments. Nous pouvons parfois être parasitée par nos propres ressentis et nos propres perceptions du vécu de la personne. S'il ne s'agit bien évidemment pas d'être tentée de donner son avis, il s'agit à minima de repérer les pensées et les émotions qui nous traversent.

Concernant les enjeux de réduire les VG / MG, il me semble qu'en fonction de notre vécu, de nos expériences personnelles dans le cadre de la santé sexuelle, de notre rapport au milieu médical et de nos représentations, nous pouvons avoir une acuité plus ou moins prononcée à écouter les VG / MG.

En ayant questionné les CCF sur une expérience de violences gynécologiques qu'elles auraient pu vivre, les endroits de vigilance qu'elles pouvaient avoir dans leur pratique rejoignaient les violences qu'elles avaient vécu dans un passé plus ou moins proche. Certaines concernant une première consultation teintée de moralisation, de culpabilisation ou de honte chez un·e gynéco, d'autres un examen malaisant accompagné de commentaires non appropriés et de préjugés, une autre une non-

prise en compte de ses ressentis. Ces constats viennent appuyer la théorie du point de vue situé qui insiste sur le caractère situé de nos connaissances, de nos discours, de nos manières d'aborder certaines situations.

→ **Nommer et questionner les violences / maltraitances gynécologiques**

« Nommer les VG / MG ? » C'est une question que j'ai posé lors de mes entretiens avec les CCF car je parlais du principe que nommer les violences permettait aux personnes d'identifier les comportements, propos, gestes problématiques. Je m'étais même interrogée sur pourquoi ne pourrions-nous pas questionner de manière quasi systématique un vécu de violences gynécologiques dans un passé plus ou moins lointain, comme nous pouvons le faire concernant les violences sexuelles dans le cadre des entretiens IVG notamment. Mais j'en repérais aussi les limites...

Comme évoqué plus haut, cela pourrait aussi créer de la méfiance et écarter les personnes de stratégies de prévention et de parcours de soins. La plupart du temps les CCF répondent qu'elles se basent sur comment les personnes parlent de leur vécu, d'une expérience, elles jaugent en fonction de la situation et de la personne. Il s'agit là de s'appuyer sur l'Approche Centrée sur la Personne (ACP).

Se centrer sur la personne, c'est être attentive à ses mots, à ce qu'elle verbalise, ce qu'elle nomme, se préoccuper de sa demande, être au plus près de ses besoins, lui permettre une compréhension d'elle-même et de sa situation avec ses propres ressources et élaborer avec elle des pistes de solutions, des hypothèses, des stratégies. Les 3 grands piliers de cette approche développée par Carl Rogers, approche dans laquelle le PF s'est reconnu dans sa manière d'appréhender la relation d'aide, sont la compréhension empathique, le regard positif inconditionnel et la congruence, attitudes que l'on peut mobiliser dans la relation d'aide, pour accueillir, écouter, informer, accompagner et orienter les personnes que nous rencontrons.

La compréhension empathique, c'est être capable de saisir ce dont la personne a besoin en essayant de se mettre dans sa peau, de voir la réalité à travers ses yeux et de mettre temporairement en veilleuse sa propre réalité. Rejoindre l'autre dans ses ressentis. Cela nécessite aussi d'exprimer et faire part à l'autre ce que l'on en perçoit. Mobiliser cette attitude permet donc à mon sens d'évacuer cette tension que je perçois dans ma pratique qui serait d'être hyper-vigilante aux récits de VG / MG.

Bien évidemment il ne s'agit pas de réprimer ses positionnements, mais bien de les repérer et de les mettre au travail.

Le regard positif inconditionnel, c'est voir en l'autre sa part d'humanité, sa valeur, sa capacité à se développer de manière constructive et positive. Et c'est aussi dans le cadre de réduire les VG / MG, penser que la personne est dans sa propre temporalité, qu'elle a sa capacité à s'autodéterminer comme victime de VG / MG.

La congruence, c'est la capacité de prendre conscience des sentiments et émotions qui nous traversent. Elle est synonyme de transparence ou d'authenticité. C'est une vigilance à faire en sorte que ce que nous pouvons énoncer ou partager à la personne que nous écoutons soit « aligné » avec ce que nous ressentons. Mobiliser sa congruence peut permettre de questionner la personne si nous percevons dans son récit, mais aussi via les autres canaux de communication du non-verbal et du para-verbal, quelque chose qui nous semble problématique.

Une CCF explique à ce sujet que « bien évidemment ça dépend de ce qui est amené par la personne, qu'est-ce que la personne en dit, on est parfois aussi plus militante que les personnes que l'on accueille, mais on peut revenir sur ce que l'on peut s'autoriser, se permettre de faire face à un médecin, mais pas forcément interroger la personne de manière ouverte « est-ce que vous diriez que c'est une agression, est-ce que vos limites ont été respectées ???, comme on peut le faire pour les autres violences ». Mais il peut s'agir aussi de prendre une place de tiers et de nommer ce qui est interdit et notamment le non-respect du consentement de la personne.

Une autre CCF s'autorise parfois à nommer les violences en ces termes : « je parle souvent que les soignant·e·s peuvent être maladroit·e·s, pressé·e·s, pas attentifs·ves, en retard... avoir des gestes un peu brusques mais qu'il ne faut pas se laisser faire, on peut dire stop et partir. C'est pour moi créer de l'empowerment ». Et cela permet très clairement de faire émerger une parole.

Dans un contexte de groupe avec des personnes en situation de handicap, quand elle aborde la question de l'examen gynécologique, une CCF dit en substance privilégier l'angle de l'anatomie avec le spéculum et la « chatte en laine » pour expliquer comment cela va se passer, mais se permet de nommer les violences, en montrant les gestes qui sont acceptables, les gestes qui sont nécessaires.

Ces réflexions amènent à penser que nous pouvons parfois être freinées de nommer les VG / MG, et que questionner de manière systématique comme nous pouvons le faire pour d'autres types de

violences telles que les violences sexuelles dans des entretiens IVG notamment, n'est pas si aisé et probablement pas opérant. Pourtant un des enjeux de la lutte pour réduire les VG / MG, est de permettre aux personnes de les identifier. Cela me fait penser que l'on pourrait aussi inclure les termes de violences / maltraitances gynécologiques dans notre présentation du PF13, quand on explicite ce pourquoi on peut venir au Planning, pour une personne venant pour la première fois à la permanence.

→ **Orienter les personnes vers les professionnel·e·s de santé**

L'orientation vers des professionnel·le·s de santé est le cœur du métier de CCF. D'après une CCF interrogée, « orienter sur place permet de réduire les violences », dans le sens où elle fait confiance en l'équipe médicale du Planning Familial. Cependant quand les ressources professionnelles ne sont pas présentes dans la structure vis-à-vis de la demande de la personne, ou bien dans les contextes du N°Vert IVG-Contraception-Sexualités, nous sommes amenées à orienter vers des soignant·e·s extérieur·e·s.

La PTIC (Plateforme Téléphonique IVG Contraception) composé d'un annuaire national répertoriant les professionnel·le·s est l'outil privilégié des écoutant·e·s du N°Vert mais également des CCF lors des permanences. Cet annuaire permet d'orienter les personnes au mieux en fonction de leurs besoins et de leurs demandes, en respectant leurs critères. Cela peut être la proximité de leur lieu d'habitation, en fonction de la discrétion de leurs démarches, le milieu hospitalier ou les cabinets de ville quand elles ont encore le choix dans un parcours d'IVG, etc. mais aussi en fonction du critère de facilitation que l'on peut amener en entretien, dont le délai du premier rendez-vous, la possibilité de faire une échographie de datation sur place, etc. C'est aussi le moment d'exprimer que nous avons de « bons retours » concernant tel centre ou tel·le professionnel·le, encore une fois sans rien garantir mais en donnant l'information.

En tant qu'écoutante du N°Vert depuis mon embauche au PF13, il m'arrive régulièrement en orientant une personne vers tel cabinet de ville, ou centre de santé, ou encore hôpital, de repérer tout en cherchant dans l'annuaire des commentaires négatifs sur les fiches reprenant les informations des professionnel·le·s et de le signifier à la personne en lui explicitant que je préfère la prévenir ; nous avons reçu des retours pas très positifs sur l'accueil des personnes par exemple. La plupart des personnes, d'autant plus quand elles ont le choix de faire appel à d'autres professionnel·le·s dans leurs territoires, réagissent souvent spontanément en disant qu'elle préfère éviter de s'y confronter.

Cela arrive parfois aussi que les personnes se saisissent de cela pour partager un vécu traumatisant d'un précédant IVG et qu'elle soit reconnaissante de ma prévenance.

D'autres répertoires spécifiques existent également, comme le répertoire pour les personnes trans qui rassemblent des professionnel·le·s sensibilisées et formés sur les questions de transition hormonales, chirurgicales ou non, et participent de la création de réseaux plus ou moins locaux.

Ce travail de répertorier les professionnel·le·s mais surtout leurs pratiques est aussi une mission qui participe de cette réduction des VG / MG. J'ai eu l'occasion en amont des vacances d'hiver et d'été de faire la tâche d'appeler les professionnel·le·s des Bouches-du-Rhône pour connaître leurs dates de congés, dans la perspective d'orienter à cette période les personnes et pour s'assurer de l'accès à l'IVG. Cela a aussi été l'occasion de préciser des informations concernant leurs pratiques (pose de DIU aux nullipares, accès PMR, IVG médicamenteuse jusque 9 semaines d'aménorrhée comme inscrit dans le dernier décret, etc.). Si la plupart du temps, on a surtout en contact les secrétariats, lorsque j'ai eu en direct les professionnel·le·s, cela m'a permis parfois d'instiller aussi de potentielles nouvelles pratiques, de recueillir les raisons pour lesquelles le·a soignant·e ne réalisait pas telle pratique (besoin de formation, pas informé·e sur cette possibilité, etc.), et de jauger de manière totalement subjective si la personne pourrait être facilitante.

Le site Gynandco propose une « liste positive, féministe et collaborative PAR et POUR les usagèrEs, dont l'objectif était de faire naître des solidarités entre usagèrEs pour partager plus largement et plus efficacement les adresses de soignantEs ayant de bonnes pratiques en gynécologie. Surtout il nous semblait urgent de contrecarrer les mauvaises pratiques et les maltraitances gynécologiques en nous auto-organisant. Particulièrement intéressant car attention portée sur les personnes les plus discriminées dans le soin (voire exclues des soins).³⁶»

De plus, ce site est une initiative intéressante dans la dimension de sensibilisation et d'information qu'elle implique en direction des usagèr·e·s. Ne serait-ce qu'en remplissant le questionnaire pour proposer un·e soignant·e que l'on considère comme étant « à recommander », la cinquantaine de questions proposées participent de l'information et du renforcement des personnes, en insistant sur « des exigences de bienveillance, d'ouverture, de non-jugement, de dialogue et de respect de chacunE. » Ce questionnaire que je me suis procuré auprès des administrateurices du site Gynandco figure en Annexe 3.

³⁶ <https://gynandco.wordpress.com/>

→ **Interpeller et dénoncer les violences / maltraitances gynécologiques**

Les CCF interrogées ont pu partager à quel point il est d'une manière générale difficile de rapporter des récits de violences aux professionnel·le·s de santé. Il s'agit souvent d'user de stratégies et de beaucoup de pédagogie. Néanmoins cela dépend des contextes d'exercices dans lesquelles nous sommes amenées à dénoncer des VG / MG ou bien à minima à interpeller les soignant·e·s.

Le contexte du N°Vert IVG-Contraception-Sexualités

Dans ce cadre, les pratiques problématiques des médecins habilité·e·s à pratiquer des IVG notamment, sont traitées à partir des retours que peuvent faire des personnes aux écoutant·e·s. Ces dernier·e·s peuvent alors faire remonter les situations à la référente régionale du N°Vert et l'amener à faire des signalements d'évènements indésirables à l'ARS (Agence Régionale de Santé). Cela peut concerner des « dépassements d'honoraires, des pratiques étranges sur les datations, des complications de parcours pour être hors délais car anti-IVG, des commentaires culpabilisants, jugeants, etc. ». Si ces signalements ne sont pas très opérants d'après la référente régionale, il s'agit aussi de créer du lien avec l'ARS pour continuer d'interpeller sur les mauvaises pratiques. Elle précise que ce qui paraîtrait actuellement le plus stratégique et à développer serait de dénoncer les pratiques auprès de la Défenseuse des droits. Par ailleurs, comme expliqué précédemment, l'inscription de ces retours dans l'annuaire que nous avons à notre disposition dans la PTIC, permet de formuler des points de vigilance aux personnes lors des orientations vers les professionnel·le·s.

Le contexte particulier du CIVG de l'Hôpital d'Aix-en-Provence

Une des particularités du PF13 est la permanence quasi journalière d'une CCF dans le CIVG de l'hôpital d'Aix-en-Provence. Une des CCF explique en substance qu'il est parfois difficile de travailler au CIVG car « 4 jours = 4 médecins = 4 protocoles différents, il y a donc un fort intérêt à dialoguer avec les médecins pour connaître leurs différentes pratiques. Cela permet d'avoir à peu près le même discours qu'elles ou alors d'anticiper leurs discours pour proposer aux personnes une autre manière de faire, en le justifiant, en l'explicitant. Un exemple qu'une CCF donne concernant le Jour J d'un avortement par aspiration : « le médecin va vous dire de prendre ce médicament à telle heure, parce que le médecin a intérêt que votre col soit souple. En revanche, nous avons remarqué que quand on le prend à cette heure-là, les personnes qui arrivent ici expulsent déjà. Donc je vous

conseille de prendre ce médicament quand vous arrivez dans le service. Comme ça vous êtes ici et pas dans la voiture ! ».

Connaître les pratiques des différent·e·s médecins fait partie des exigences que les CCF du CIVG se donnent pour pouvoir préparer les personnes et expliquer chaque étape du déroulement de l'IVG, pour permettre une prise en charge de meilleure qualité, ce qui constitue un levier pour réduire les VG / MG. Cela permet aussi d'avoir un regard sur l'ensemble des pratiques des professionnel·le·s et de les confronter. Avoir des données du terrain pour permettre des échanges avec les professionnel·le·s sur l'efficacité de tel protocole plutôt que l'autre, sans y aller frontalement, fait partie des stratégies mises en place par les CCF qui travaillent au CIVG, en réponse au caractère hiérarchique de l'hôpital et « du fait d'être sur un siège éjectable... ». Il y a une vraie nécessité à penser la présence du PF13 au CIVG face aux enjeux institutionnels.

Le contexte particulier dans un Centre de Planification et d'Éducation Familiale

Au PF13 il y a eu des situations de récit de VG / MG dans le passé et il y en a peut-être encore qui ne se disent pas... Interpeler la soignante concernée a été difficile. Et l'on peut comprendre la complexité d'une telle situation, traversée par un conflit de loyauté fort et méritant une réflexion collective conséquente. En effet, les soignantes du PF13 sont des collègues, avec certes une implication différente dans la structure mais des professionnelles engagées et sensibles aux questions qui traversent le Planning.

Par ailleurs, au cabinet médical, la situation est dans une moindre mesure similaire au CIVG sur la question des différentes pratiques proposées. En tant qu'accueillante, CCF, il est nécessaire d'avoir en tête les différentes pratiques des médecins pour jongler et pouvoir orienter au mieux les personnes. En effet, pour certaines la pose de DIU se programme avec ou sans dépistage de la chlamydia, pendant les règles ou durant les 15 premiers jours du cycle, pour certaines il est nécessaire de poser deux créneaux pour la pose d'un DIU, d'autres la possibilité de prescrire des injections hormonales, etc. ce qui ne facilite pas le travail et surtout il me semble qu'il est difficile de les interpeller sur cette question. Pourquoi est-ce à la structure, aux CCF, aux accueillantes de s'adapter à des pratiques différentes et non aux soignantes de s'adapter à des pratiques pensées globalement dans la structure ? Et au-delà de la nécessaire organisation, il me semble qu'un fonctionnement juste serait de penser les pratiques dans la perspective de faciliter l'accès aux soins et le vécu des usagè·e·s.

Ceci est bien évidemment en mouvement vers une harmonisation notamment à travers la mise en place des accueils collectifs IVG. Une opportunité de se mettre autour de la table et d'engager du temps pour penser des pratiques communes. Un travail complexe mais nécessaire que des CCF mènent actuellement. Habituellement « une fois par an il y a des temps réunissant les médecins et les conseillères. On a toujours pris le parti de prendre beaucoup de précautions, de le justifier sur des temps d'analyse de la pratique en équipe. Et c'est pensé de manière collective. Je pense que la question de travailler sur l'entretien collectif en équipe pour l'accueil collectif des IVG ça va être super intéressant. C'est une façon de se connaître et de se dire les choses. » Ce qui constitue une possibilité entrevue par une CCF interrogée de travailler aussi sur des postures communes avec les médecins.

4) Des pistes d'action pour penser une dimension collective face aux violences / maltraitances gynécologiques

Dans cette dernière partie, je fais le choix d'explorer des pistes d'action pour penser le passage de l'individuel au collectif dans nos actions en tant que CCF, un levier pour réduire les VG / MG au PF13.

→ L'accompagnement des usagè·e·s en consultation

A partir de la création du CPEF au PF13 jusqu'en 2014, les consultations médicales avaient lieu en présence d'une CCF. L'intérêt de cette démarche était d'appuyer l'utilité d'une présence pour réduire le pouvoir de la médecin ou sage-femme.

Une des CCF revient sur cette époque : « c'était présupposer que la personne ne pouvait être en autonomie... et pour moi ça semblait d'une lourdeur du côté de la personne qui est reçue, le fait qu'il y ait deux personnes, en plus des fois il y avait l'interprète. Je n'ai pas eu de récit de CCF qui disaient que ça posait problème de ne plus être présente de manière systématique, mais on peut proposer, se l'autoriser... ».

Les retours face à la possibilité d'accompagner les personnes diffèrent en fonction des CCF. Une des limites rapportées est que « la co-consultation nécessite de bien fonctionner en binôme, de réussir à créer l'espace pour que l'écoute soit possible, ne pas invalider les propos de l'une ou l'autre ». Une des CCF se questionne sur le fait qu'elle ne sait pas « comment elle gérerait le fait d'être en désaccord... avec des pratiques des médecins. La puissance du rapport médical est forte, j'y suis tout à fait soumise en tant que patiente usagère mais aussi en tant que CCF parce que se joue sur la question des compétences et des savoirs. »

Il s'agit donc d'être particulièrement attentive à la création de ce binôme soignante - CCF. Bien évidemment cela peut créer du dialogue, cela peut venir participer d'un échange de pratiques, comme cela est proposé quand une nouvelle soignante, en remplacement ou pour assurer une des demi-journées de consultation, arrive au PF13. En venant en observation des permanences des CCF, certaines ont pu exprimer que « c'est extraordinaire de vous voir écouter la personne, ça nous aide vachement, ça participe de changer notre pratique ! », me rapporte une CCF.

Cette pratique d'accompagner les personnes lors d'une consultation peut être proposée si l'on perçoit des appréhensions à la consultation gynécologique, pour une première consultation, quand les personnes exposent des mauvaises expériences, mais aussi pour une appréhension liée à un geste en particulier. Une des CCF précise que quand elle a accompagné des personnes à leur consultation, « à chaque fois, c'était pour des poses de DIU, c'était la contra que la personne souhaitait mais c'est la pose qui la freinait. ». Une autre CCF partage qu'elle a accompagné dans une consultation une personne qui avait vécu des violences sexuelles, « dans le but de synthétiser le vécu de la personne plutôt qu'elles doivent le raconter de nouveau ».

Le fait qu'une personne accepte la proposition d'être accompagnée suppose un lien de confiance qui a pu se créer au cours de l'entretien. Cette place de tiers au moment de la consultation permet de signifier à la médecin qu'il y a à être particulièrement vigilante. Cela peut aussi être d'accompagner par notre présence la mise en mots du récit de la personne ou tout simplement permet aussi d'expliquer la situation à la place de la personne, verbaliser un ressenti, une appréhension, une difficulté si cela a été concerté comme ceci avec elle.

Lors d'une permanence, j'ai pu le proposer à une personne qui appréhendait la douleur de la pose du DIU, nous avons lors de l'entretien pu brièvement aborder le déroulement de la pose, nous avons commencé à évoquer les options concernant ma présence lors de la consultation (notamment concernant ma venue et où je pouvais me placer, sur le côté de la table d'examen, derrière le paravent, juste en début d'entretien). Ils se trouve que le dépistage de la chlamydia qu'elle a dû réaliser en amont s'est révélé positif, ce qui a retardé la pose du DIU. Le rendez-vous était posé, je l'ai donc accompagné. Nous avons pris un temps à la suite de la consultation pour débriefer, l'occasion de revenir sur cette annonce de chlamydia et le fait d'envisager des dépistages complets des IST pour elle et son partenaire...et ayant rencontré la soignante, elle a pu me dire qu'elle se sentait alors de se rendre à cette prochaine consultation seule.

→ **La démedicalisation**

La démedicalisation est un aspect sur lequel le Planning Familial a réaffirmé son engagement lors de son dernier congrès national en 2019 pour faciliter l'accès aux services de santé sexuelle. La présence de différents corps de métier au sein des structures du PF ont permis ce processus de démedicalisation. « Il s'agit de promouvoir et de partager les pratiques permettant de démedicaliser

les accueils au Planning [...]. L'objectif est de faire exister une communauté de réflexion et de pratiques entre le médical et le non-médical au Planning et ainsi de rendre vivante la démedicalisation comme démarche globale d'accueil en santé sexuelle ».³⁷

Des pratiques de délégation de tâches ou de coopération interprofessionnelle permettent de penser cette démedicalisation pour favoriser le choix et l'autonomie des usagè·e·s et leur faciliter l'accès à la contraception, à l'avortement, et aux dépistages des Infections Sexuellement Transmissibles, voire aux traitements de ces dernières.

Comme évoqué dans un argumentaire rédigé au sein du Mouvement³⁸, cette coopération ne signifie pas faire à la place du corps médical mais dans une démarche d'éducation populaire, implique une coordination entre les professionnel·le·s, en l'occurrence au PF13, entre les CCF et les soignantes mais également une participation active des usagè·e·s.

Plus particulièrement au PF13, cela concerne plusieurs pratiques, démarches qui nécessitent pour la CCF d'intégrer les protocoles de la structure qui les encadrent et les informations, préconisations à délivrer aux usagè·e·s :

- la délivrance de la contraception d'urgence pour les mineur·e·s et jeunes majeur·e·s, qui s'organise au PF13 en partenariat avec une pharmacie à proximité du centre
- la délivrance d'une première contraception hormonale, type pilule oestro-progestative, une fois le remplissage d'un questionnaire réalisé pour vérifier qu'il n'y ait pas de contre-indications à la prise d'hormones
- la possibilité de procéder à des dépannages de plaquettes de pilule, afin de ne pas interrompre la prise de contraception hormonale
- la délivrance d'ordonnance pour l'échographie de datation, pour faciliter voire accélérer l'accès à l'IVG médicamenteuse sachant que tous les professionnel·e·s habilité·e·s en cabinet de ville n'ont pas toujours la possibilité de faire l'échographie de datation sur place
- des prises de sang pour doser les hormones de grossesse (les Béta-HCG), pour certaines personnes qui soit en font la demande pour venir confirmer un test de grossesse urinaire négatif
- des ordonnances pour des préservatifs externes, en lien avec un programme de remboursements par la sécurité sociale
- la possibilité d'accompagner les usagè·e·s dans des auto-prélèvements urinaires ou vaginaux pour dépister des Chlamydias et Mycoses

³⁷ Issu de la synthèse des textes d'orientation du Planning familial soumis au vote au congrès 2019.

³⁸ « Argumentaire sur la délégation de tâche au Planning Familial » (ou coopération interprofessionnelle) rédigé par le Planning Familial 75.

- la délivrance d'informations sur les Mycoses, les gestes et traitements possibles
- une information précise des contra non-médicalisées (contraception thermique testiculaire, méthodes naturelles dont la symptothermie)

Et parce que ce n'est malheureusement pas toujours suffisant, notamment pour les territoires ruraux où les droits en matière de santé sexuelle ne sont pas appliqués, ces pratiques pourraient être transférables via le N°Vert et son outil la PTIC (Plateforme Téléphonique IVG Contraception). Il est déjà possible d'envoyer des ordonnances pour des échographies de datation et des prises de sang des hormones de grossesse (les Béta-HCG) dans le cadre des entretiens pré- et post-IVG.

Bien évidemment cette délégation de tâches ne se fait pas sans être protocolisée et en étroite collaboration avec les professionnel·le·s qui délèguent la tâche mais aussi leur responsabilité. Elle nécessite un cadre collectif pour permettre d'échanger sur les évolutions concernant le droit et les recommandations. Elle est à mon sens une manière de créer de nouvelles compétences pour les CCF et de s'approprier de nouveaux outils pour faciliter l'accès à la prévention et aux soins.

→ **Les accueils collectifs**

L'accueil collectif est un outil historique féministe des années 1970 qui a pour objectif d'intégrer une dimension collective dans les problématiques individuelles des personnes et de créer des espaces de résistances à la surmédicalisation des événements ordinaires mais pas toujours anodins tels que l'avortement. « Alors que l'accouchement tend à se démedicaliser, la démedicalisation de l'avortement s'effrite et son expérience est renvoyée dans l'oubli. L'arrêt d'une grossesse est de nos jours très individuel »³⁹, comme les chiffres le montrent avec l'augmentation des IVG médicamenteuses à domicile.

Sur ce principe, l'accueil collectif pour les IVG médicamenteuses, qui est à l'heure où j'écris ce mémoire en train de se mettre en place au PF13, est un exemple de repolitisation de l'avortement et s'inscrit d'après moi dans cet objectif de réduire les violences, en cumulant différents leviers déjà évoqués tels que l'accompagnement des personnes aux consultations, la coopération professionnelle des CCF et des soignant·e·s, une attention portée aux connaissances des droits en santé sexuelle et du fonctionnement du corps. Cela permet aussi de rendre accessible cette pratique pour toutes, en

³⁹ Mathieu Azcué et Marie Mathieu, « Accoucher et avorter autrement. De la démedicalisation à la reconfiguration des normes sociales », Recherches sociologiques et anthropologiques, 2017.

donnant le choix d'une autre option que d'être dans l'obligation d'aller en milieu hospitalier lorsque la personne n'a pas de papiers et/ou de sécurité sociale ou le désir de faire cette démarche de manière anonyme.

L'auteure Dune Kreit rapporte sur l'expérience des accueils collectifs dans trois Plannings en Île-de-France : « En entretien individuel, les femmes avaient tendance à s'excuser, culpabiliser et se justifier de leur choix. A l'inverse, le groupe de pairs a tendance à déculpabiliser. Il a un effet libérateur voire déstressant. Les femmes, avec une problématique commune, réunies dans un espace chaleureux, non jugeant et bienveillant, échangent sur leurs expériences, leurs craintes et leurs questionnements.⁴⁰»

D'après l'article, différentes manières de penser ces temps collectifs autour de l'IVG médicamenteuse existent en fonction des plannings qui le mettent en place. Que ce soit au PF93 ou au PF94, c'est après un temps de discussion en collectif, que chaque femme est reçue à tour de rôle par un.e des médecins individuellement en entretien au cours duquel elles remettent leur consentement écrit et prennent le premier comprimé de *mifépristone*⁴¹ et repartent avec les comprimés de *misoprostol*⁴².

« Rue Vivienne dans le 2ème arrondissement de Paris, les accueils collectifs diffèrent quelque peu, rassemblant une diversité de profils. [...] Ces femmes souhaitent avorter en urgence par la voie médicamenteuse, se renseigner sur l'IVG et ses différentes méthodes, protocoles et démarches à suivre, ou encore faire un test de grossesse... Les femmes n'ayant pas fait de prise de sang Beta-HCG (hormone de grossesse) font une échographie à tour de rôle. Toutes les animatrices sont formées à l'échographe. A 16h, 4 filles sur les 10 sont retenues prioritaires pour pratiquer l'IVG le jour même. Les critères de priorité sont : la limite du délai légal pour la méthode médicamenteuse (7 SA), la non couverture sociale et/ou l'impossibilité de l'utiliser par souci d'anonymat. A la différence, du 94 et 93, dans le 75 les 4 femmes prennent le premier comprimé et remplissent leur dossier médical ensemble. Les 6 autres femmes repartent avec un rendez-vous dans la semaine ou la suivante ou encore sont réorientées vers des médecins libéraux ou hôpitaux avec lesquels travaille le Planning Familial.⁴³ »

⁴⁰ Dune Kreit, « Le Planning Familial, mouvement féministe d'Éducation Populaire : l'accueil collectif, un choix politique », 50-50 Magazine, février 2020.

⁴¹ Mifépristone = médicament qui interrompt le développement de la grossesse

⁴² Misoprostol = médicament qui provoque l'expulsion de la grossesse

⁴³ Dune Kreit, « Le Planning Familial, mouvement féministe d'Éducation Populaire : l'accueil collectif, un choix politique », 50-50 Magazine, février 2020.

Créer des espaces d'échanges, partir du groupe, d'où en sont les personnes, des vécus dits expérientiels des personnes, s'inscrivent dans une approche d'éducation populaire et politique que défend le Planning Familial. Permettre un partage d'informations afin de sortir du « tout pouvoir » médical, pour que les personnes se réapproprient leurs corps mais également les savoirs autour de leurs corps et de leurs fonctionnements. Savoir c'est aussi une forme de contre-pouvoir pour rééquilibrer la relation soignant·e / soigné·e et donc participer de réduire les VG / MG. L'information est politique et le fait qu'elle circule entre les personnes l'est d'autant plus, et ceci participe de l'émancipation collective des personnes. Je suis d'ailleurs très enthousiaste de voir naître ce nouveau projet au PF13.

Et dans cette même perspective, au-delà des accueils collectifs pour l'IVG médicamenteuse, il serait intéressant de penser d'autres espaces pour réduire les risques de VG / MG, comme des temps d'échanges autour des dépistages des IST pour se préparer à une consultation médicale dans un CeGIDD par exemple.

→ **L'expérience des ateliers d'Auto-santé**

Dans la continuité d'amener une dimension collective à nos accueils, il existe aussi des pratiques d'auto-gynéco et des groupes d'auto-santé issu du mouvement self-help des années 70, pouvant être des espaces de soutien, d'écoute mutuelle, en l'absence de professionnel·le·s de santé. « Nous témoignons, nous échangeons nos savoirs et vécus, nous nous informons, nous débattons sur la diversité de nos expériences, nous identifions des remèdes simples qui peuvent soulager, nous nous soutenons avant d'aller à une consultation médicale.⁴⁴» Dans une perspective féministe, ces espaces peuvent permettre de se réapproprier son corps, sa sexualité, sa santé sexuelle de manière collective et auto-gérée, face aux normes sexuelles et la surmédicalisation.

La brochure *Notre santé sexuelle et reproductive. Ateliers d'auto-santé des femmes*⁴⁵ a été réalisée par deux associations belges Femmes & Santé et Corps écrits. Outre une définition historique du self-help et du Mouvement pour la santé des femmes et ses enjeux, elles proposent avec cette brochure de soutenir la mise en place d'ateliers avec des canevas d'animation autour de la santé sexuelle et reproductive, sur diverses thématiques dont l'anatomie et la physiologie du cycle

⁴⁴ Brochure *Zones à défendre. Manuel d'autodéfense féministe dans le cadre de la consultation en santé sexuelle et reproductive*, Une collaboration de Corps écrits et Femmes & Santé, 2020.

⁴⁵ Brochure *Notre santé sexuelle et reproductive. Ateliers d'auto-santé des femmes*, Une collaboration de Corps écrits et Femmes & Santé, 2020.

hormonal, les menstruations, l'auto-exploration gynécologique, avec des documents supports dont des dessins que je trouve graphiquement intéressant tant ils proposent une diversité des corps. Les documents supports et les déroulés d'ateliers proposés me semblent d'ailleurs appropriés et peuvent être source d'inspiration pour des groupes « femmes adultes » qui sont mis en place au PF13 (un de ces documents se trouve en Annexe 4).

Sont précisés également des points de vigilance que je trouve intéressant. « La question du choix est au cœur de la démarche : qui dit émancipation, dit aussi redevenir actrice de ses choix. Nous ne faisons donc l'apologie d'aucune médecine en particulier mais proposons un regard critique et une ouverture des possibles à travers une information qui n'occulte pas les alternatives. L'auto-santé requiert recherche et croisement d'informations : encourager les participantes dans cette voie fait partie de l'autonomisation qui s'appuie sur les ressources collectives. La formatrice se place elle-même dans une démarche de recherche constante, en lien avec d'autres personnes relais/ressources. Les savoirs académiques et scientifiques glanés s'ancrent dans les savoirs empiriques : il s'agit de croiser savoirs « froids » (liés aux ressources écrites et scientifiques) et savoirs « chauds » (liés aux expériences directes) dans une démarche critique.⁴⁶»

Une des limites que je conscientise à la mise en place de ces temps collectifs est que ce sont des espaces dont souvent certaines personnes déjà bien sensibilisées s'emparent. Se pose alors la question de leur accessibilité et de leur mise en œuvre. D'autres écueils me semblent aussi intéressants à considérer du côté de la responsabilisation de sa santé et de la charge supplémentaire, en sus du travail du care que portent les femmes et les minorisé·e·s de genre, que cette démarche d'autonomisation présuppose.

⁴⁶ Ibid

Conclusion : Un travail d'équilibriste, entre un positionnement situé et féministe et une posture professionnelle au service de la relation d'aide

Conclure cet écrit professionnel, c'est comme conclure quelques mois de réflexions sur un sujet qui m'a animée, c'est aussi se rendre compte des pas faits depuis le début de ce travail. Parfois fastidieuses et souvent étourdissantes, les recherches, les lectures à ce sujet m'ont à maintes reprises perdue tant elles sont vastes. Il fallait se recentrer sur le cœur de ce travail, s'appuyer de manière concrète sur la pratique du métier de CCF et ses enjeux et surtout s'impliquer personnellement et professionnellement. Cela m'a permis d'explorer en même temps que j'évoluais dans ce nouveau travail et ce nouveau métier, aux côtés d'une équipe de salarié·e·s aux casquettes multiples, beaucoup de facettes du travail des CCF au sein de ce Planning Familial. Et jusqu'au bout j'ai épluché certains protocoles et questionné mes collègues. Et jusqu'au dernier moment, j'ai douté de chaque mot employé, revu mes formulations pour tenter d'être au plus proche de ce que j'avais envie de dire et ce n'est pas simple exercice. C'est bien évidemment un travail à considérer comme un début de réflexion que je suis certaine d'avoir envie de poursuivre dans le cadre de ma pratique.

Si je savais que cette formation allait être transformatrice, elle a permis d'enfoncer une porte laissée fermée pendant longtemps car mes expériences personnelles participaient de trop de méfiance en direction des soignant·e·s. M'entretenir avec des CCF qui avait des regards critiques sur le médical mais déterminées à faire bouger des lignes, découvrir ce que pouvait recouvrir la coopération professionnelle dans un CPEF notamment, est venu transformer mon regard. Cela m'a permis aussi de me rendre compte que j'avais un intérêt fort pour le médical, l'anatomie, mais aussi une recherche d'autonomisation face à cela et j'avais à construire des compétences dans ce sens-là pour exercer ce métier.

Envisager cette place d'interface entre usagèr·e·s et soignant·e·s me plaît, même si elle nécessite de s'armer et de se sentir plus légitime face aux questions médicales. J'ai la sensation de trouver une place juste qui allie mon engagement féministe et ma pratique professionnelle. Un travail d'équilibriste entre la recherche d'une dimension politique dans l'exercice de ma pratique, et la relation d'aide. Mettre de côté mes convictions pour rejoindre la personne, lui permettre d'être actrice de ses choix, tout en respectant sa temporalité. Prendre conscience aussi que c'est aussi parce que je suis blanche, de classe moyenne, ayant fait des études supérieures, et ayant accédé à une formation telle que celle du Conseil Conjugal et Familial, que j'ai le privilège de critiquer la médecine occidentale et les détenteurices des savoirs académiques.

Si l'on m'a parfois questionnée sur le pourquoi seulement choisir comme terrain le Planning Familial 13 pour explorer ces questions, je justifiais cette décision en disant que cela était surtout facilitant car un contexte que j'apprenais à connaître en y travaillant et une manière d'avoir accès à des entretiens avec les professionnelles. En terminant cet écrit, je suis maintenant convaincue que cela a été bénéfique de mener ces réflexions dans un contexte tel que le PF13 car il permet d'aller explorer la place que l'on peut prendre dans la réduction des VG / MG mais surtout d'appréhender la place que cette réduction des VG / MG pouvait prendre dans la pratique de mes collègues.

Bien évidemment cette réflexion peut aussi constituer une mise au travail transférable à d'autres contextes d'exercice du métier de CCF, que ce soient dans d'autres types de structures qu'un Planning Familial mais aussi dans un Planning Familial qui ne serait pas CPEF, contextes dans lesquels je serais probablement amenée à travailler à l'avenir.

J'ai bien conscience que cet écrit comporte encore deux angles morts : les paroles des usagè·e·s et celles des soignant·e·s, des points de vue que je vais continuer à rencontrer dans ma pratique.

Bibliographie

LIVRES

- Notre corps, nous-mêmes. Écrit par des femmes, pour les femmes. Edition entièrement réactualisée. Faits & Idées, éditions Hors d'atteinte, 2020.
- Mélanie Déchalotte, Le livre noir de la gynécologie, Maltraitements gynécologiques et obstétricaux : libérer la parole des femmes, 2019.
- Adeline de Lépinay, Organisons-nous ! Manuel critique, Hors d'atteinte, 2019.
- Barbara Ehrenreich et Deirdre English, Sorcières, sage-femmes et infirmières : une histoire des femmes soignantes, Cambourakis, 2015.

BD

- Aude Mermillot, Le Chœur des femmes, adaptation du roman de Martin Winckler, 2021.

ARTICLES

- Mathieu Azcué et Marie Mathieu, « Accoucher et avorter autrement. De la démedicalisation à la reconfiguration des normes sociales », Recherches sociologiques et anthropologiques, 2017.
- Laurence Guyard, « Chez la gynécologue. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines », Ethnologie française, 2010.
- Dune Kreit, « Le Planning Familial, mouvement féministe d'Éducation Populaire : l'accueil collectif, un choix politique », 50-50 Magazine, 2020.

DOCUMENTS INTERNES DU PLANNING FAMILIAL

- « Argumentaire sur la délégation de tâche au Planning Familial » (ou coopération interprofessionnelle) rédigé par le Planning Familial 75
- Feuille de route « Démédicalisation »
- « Qu'est-ce qu'une communication inclusive ? », réalisé dans le cadre de la campagne #MonEducSex et de la feuille de route « Agir avec les personnes LGBTQI+ »

RAPPORTS

- Rapport « Préconisations provisoires de l'IRASF contre les violences obstétricales et gynécologiques », 2017.
- Rapport du Haut Conseil à l'Égalité « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner les violences », 2018.

COLLOQUES

- « Critiques féministes des savoirs : corps et santé », organisé par le Réseau Arpège et EFIGIES, Toulouse, mars 2017.

DOCUMENTAIRES

- Docu Paye (pas) ton gynéco, de Nina Faure <https://www.youtube.com/watch?v=fsRZ59Urc2I>
- Docu Corps Médical, de Océane Viala et Luna Darling Légitimus <https://www.youtube.com/watch?v=QXC4uSStxr8>

PODCASTS

- Charlotte Bienaimé, Un podcast à soi (Arte radio), « La sorcière et le gynécologue » www.arteradio.com/son/61659783/le_gynecologue_et_la_sorciere_6Charlotte_B
- Annabelle Brouard et Emily Vallat, Les pieds sur terre (France culture), « Le consentement médical » <https://www.franceculture.fr/emissions/les-pieds-sur-terre/le-consentement-medical>
- Fanny et Pauline (audioblog Arte radio), « Self help et gynéco autonome » <http://audioblog.arteradio.com/blog/98451/podcast/125714/self-help-et-gyneco-autonome>
- Irène Omélianenko, Sur les Docks (France Culture), « Collection témoignage : Maltraitance gynécologique » <https://www.franceculture.fr/emissions/sur-les-docks/collection-temoignages-maltraitance-gynecologique>

BROCHURES

- *Zones à défendre, Manuel d'autodéfense féministe dans le cadre de la consultation en santé sexuelle et reproductive*, Une collaboration de Corps écrits et Femmes & Santé, 2021.
- *Notre santé sexuelle et reproductive, Atelier d'auto-santé des femmes*, Une collaboration de Corps écrits et Femmes & Santé, 2021.
- *S'armer jusqu'aux lèvres ! Quelques outils d'auto-défense gynécologique à l'usage de toutes les femmes*, par un collectif de militantes des Cévennes, 2016 (infokiosque.net).
- *Pour se sortir les pieds des étriers*, Manuel d'auto-gynéco, 2017 (infokiosque.net).

SITES RESSOURCES

- Site GYN&CO : <https://gynandco.wordpress.com/>
- Pour une MEUF : <https://www.pourunemeuf.org/>
- Femmes et Santé : <https://www.femmesetsante.be/>
- L'école des soignant·e·s, Un blog participatif et coopératif rédigé pour et par des citoyen·ne·s, des patient·e·s, des soignant·e·s, animé par Martin Winckler : <https://ecoledessoignants.blogspot.com/>
- Marie accouche là : <https://marieaccouchela.net/>

#PayeTonGyneco <https://payetongyneco.tumblr.com/>

#JeN'aiPasConsenti <https://jenaipasconsenti.tumblr.com/>

Annexe 1 - Grille d'entretien

Cadre de l'entretien / Thématique de mon écrit professionnel / Qu'iel se présente... notamment depuis combien de temps elle est CCF ? Depuis combien de temps elle travaille au PF13 ? Si elle a exercé dans d'autres structures en tant que CCF ou animatrice de prévention ou autre fonction ? Quelles missions actuellement au PF13 ?

Les violences / maltraitements gynécologiques

- 1 – Comment tu définirais les violences gynécologiques (je précise gynécologiques et non obstétricales) ?
- 2 – Est-ce que tu souhaiterais me partager un récit personnel de vécu de violences gynécologiques qui est signifiant pour toi ? (bien évidemment à toi de mesurer ce que tu en dis;)) (et bien évidemment aussi si tu n'as pas envie de raconter une histoire perso, on passe...) Et dans un deuxième temps, comment s'inscrit pour toi cette thématique des violences gynécologiques dans l'histoire des luttes : une lecture, un film, un récit, un événement, une réunion, un temps à l'échelle du Planning ou bien qui est fondatrice...
Est-ce que tu penses que ce vécu perso ou cette prise de conscience modifie quelque chose dans ta pratique ?
- 3 - Dans quelle mission socle du PF13 penses-tu que tu te confrontes le plus (en creux ou bien directement) aux violences / maltraitements gynécologiques ? N°Vert, Perm, GI, CIVG, etc.
- 4 – Le témoignage d'une personne qui t'a partagé ce que tu nommerais être une violence gynécologique en individuel ou bien en collectif... dans le cadre de ta pratique de CCF ?
As-tu tiré ce fil directement pour parler des violences gynécologiques ? Comment as-tu abordé cette question ? As-tu nommé son vécu comme une violence gynécologique ?

Prévenir, informer, outiller...

- 5 - Pour prévenir, pour réduire les violences, il s'agit déjà d'informer... comment amener les choses, sous quel angle suivant les contextes de terrain ?
- 6 – Pré pares-tu les personnes à des consultations liées à leur santé sexuelle ? Et si oui, comment ? (Rdv CeGIDD, pour une contra, pour l'IVG, pour la prise d'hormones dans le cadre d'un parcours trans, etc.)
- 7 – Est-ce qu'il y a un support en particulier sur lequel tu aimes t'appuyer pour parler, aborder, prévenir, réduire les violences / maltraitements gynécologiques dans ta pratique ?

Relation avec les soignant·e·s

- 8 - As-tu déjà accompagné une personne dans le cabinet médical, accueil en binôme car cela pouvait rassurer la personne, dans quel contexte ? Pour quels motifs de consultation ? Quel a été ton vécu de cette consultation ?
Et / ou pourrais-tu me donner ton avis sur quand cela se pratiquait au PF13...
- 9 - Penses-tu que le fait en tant que CCF de travailler dans un CPEF avec des soignantes à priori sensibilisées modifie ton appréhension des violences / maltraitements gynéco ? Ou autrement dit est-ce que le contexte d'exercice (qui peut-être différent entre la perm au 106 ou le CIVG par exemple) modifie ta pratique concernant cette thématique ?
- 10 – As-tu déjà interpellé des collègues médecins ou partenaires médecins au 106 ou bien au CIVG ou ailleurs sur un récit de violences qui t'avait été rapporté par un·e usagère·e / patient·e lors d'une consultation ?
- 11 - As-tu déjà fait un signalement concernant un·e professionnel·le de santé ? Si oui, te souviens-tu de la situation ? Si non, pourquoi ? Des hésitations à le·a signaler ? Quels enjeux avec le ou les professionnel·le·s ?
- 12 – Qu'est-ce que tu aimerais voir changer concernant les violences gynécologiques en lien avec ta pratique de CCF ? Quels freins y vois-tu ? Quelles alliances ?
- 13 - Est-ce qu'il y a des questions que j'aurais oublié selon toi ? Est-ce que tu veux rajouter quelque chose ?

Annexe 2 – L’auto-questionnaire

Issu de la Brochure « S’armer jusqu’aux lèvres. Quelques outils d’auto-défense gynécologique à l’usage de toutes les femmes et à toute personne qui a un vagin et qui a besoin de s’adresser parfois à un·e gynécologue », ce questionnaire propose de s’interroger soi-même AVANT ET APRÈS la consultation gynécologique.

S’est-elle bien passée, a-t-elle correspondu à nos attentes ? En effet, on sort souvent d’une consultation avec un sentiment de malaise qu’on n’arrive pas toujours à s’expliquer. Il est question de détecter les endroits de nos refus et de nos consentements. Et peut-être de trouver un moyen de les formuler.

AVANT la consultation :

Dans l’ensemble, comment est-ce que je me sens (inquiète, détendue, etc.) ?

De quoi pourrais-je avoir besoin pour que la consultation se passe bien ?

Est-ce que j’ai confiance en ce que je ressens ?

Pourquoi est-ce que je souhaite rencontrer un gynécologue ?

Est-ce moi qui ai décidé de prendre ce rendez-vous ?

Ai-je des questions précises à lui poser ?

Est-ce que je pense qu’il est nécessaire que je subisse un examen, un toucher vaginal, une palpation des seins, un frottis ?

Comment est-ce que je me sens par rapport à la nudité ?

Ai-je peur d’avoir mal lors des examens ?

Ai-je déjà une idée de ce que j’attends, des examens ou des traitements que je souhaite ?

Ai-je déjà entamé des démarches personnelles de soin ou de prise en charge de ma santé gynécologique (avec d’autres soignant·e·s ou des plantes médicinales ou d’autres moyens) ?

Est-ce que je me sens à l’aise pour parler avec ce/cette gynécologue sans avoir peur d’être jugée ?

Et APRÈS la consultation :

Dans l’ensemble, comment est-ce que je me sens ?

Qu’est-ce que je comprends de cette consultation ?

Ai-je eu l’impression d’avoir été écoutée et d’avoir pu poser les questions que j’avais en tête ?

Les réponses que j’ai obtenues ont-elles été suffisamment claires ?

Est-ce que je m’attendais à ce que le/la gynécologue observe, touche, examine mon vagin ? Mes seins ?

Ai-je trouvé que les examens pratiqués étaient nécessaires ?

Ai-je eu mal lors des examens, lors de la pose du spéculum ou d’un autre outil ?

Si le/la gynécologue m’a prescrit un traitement, comment m’a-t-il/elle informée de son utilité, de son action, de ses effets indésirables et s’il existe d’autres traitements qui pourraient convenir à ma situation ?

Comment le/la gynécologue a-t-il/elle fait en sorte de savoir si j’étais d’accord ou prête avant de pratiquer un examen ?

Par rapport à mes choix de vie, ma manière de m’occuper de mon corps, comment le/la gynécologue m’a-t-il/elle accueillie ?

De quelle manière le/la gynécologue a-t-il/elle répondu à mes questions et à mes observations ?

Est-ce que, dans l’ensemble, je me suis sentie suffisamment à l’aise et respectée pour avoir envie de revoir ce/cette gynécologue ?

Est-ce que je pense conseiller ce/cette gynécologue ou ce service gynécologique à des ami·e·s ?

Annexe 3 – Questionnaire Gynandco pour proposer un·e soignant·e

Octobre 2019 (Version révisée)

Prénom, Nom :

Genre :

Profession :

Prix de la consultation - secteur 1 (remboursé) - secteur 2 (remboursé partiellement) – non conventionné (non remboursé) :

Adresse :

PUMA (Protection Universelle Maladie) :

AME :

Quelle(s) langue(s) parle ce/cette soignantE ?

Est-ce que le cabinet est accessible pour les personnes handicapées ?

Si oui précise en quoi (rampe d'accès, ascenseur, table d'examen adaptée, toilettes aménagées, ...) :

Est-ce que tu penses que ton/ta soignantE a une bonne qualité d'écoute et de dialogue ?

Tu es lesbienne, trans', séropositive, usagère de drogue, etc., est-ce que tu as mis le/la soignantE au courant ?

Quelle a été sa réaction ?

Est-ce que ton/ta soignantE est respectueuse de ta sexualité ?

Est-ce que tu t'es sentiE à l'aise pour parler de ton corps, tes pratiques, ta vie affective et sexuelle et, éventuellement, des violences sexuelles, des rapports sexuels non consentis ou autres ? Si non, pourquoi ?

Est-ce que ton/ta soignantE a déjà eu un discours moralisateur (par ex. sur tes pratiques, sur la procréation, etc.) ?

Est-ce que ton/ta soignantE te laisse une capacité de choix et de négociation ? (Réaction en face d'un refus) :

Est-ce qu'il/elle t'a laissé le choix du type de contraception ? Ou de ne pas vouloir de contraception ?

Est-ce que ton/ta soignantE pose des DIU (stérilets) sans condition ? (Beaucoup de soignantEs refusent de poser des DIU à des femmes n'ayant pas eu d'enfants et/ou ayant des partenaires multiples):

Est-ce que ton/ta soignantE a répondu de manière satisfaisante à ta demande de stérilisation volontaire ? (Ligature des trompes, vasectomie...):

Si oui/non, précise :

Est-ce que ton/ta soignantE a répondu de manière satisfaisante à ta demande d'IVG ? (Choix de méthode d'IVG, conseils, soutien, démarches, contacts, etc.) :

Est-ce que ton/ta soignantE pratique les IVG médicamenteuses (les médecins généralistes peuvent le faire) ?

Si oui/non, pourquoi ?

Est-ce que tu t'es sentiE à l'aise pour évoquer ton désir d'enfant et demander des conseils ? Si oui/non, pourquoi ?

Est-ce que ton/ta soignantE a pris en charge ton suivi de grossesse de manière satisfaisante ? Si oui/non, pourquoi ?

Est-ce que tu t'es sentiE à l'aise pour évoquer la question de la transition (parcours trans) et demander des conseils ?

Si oui/non, pourquoi ?

Est-ce que ton/ta soignantE a pris en charge la prévention, le dépistage et le suivi de ton IST (infection sexuellement transmissible) de manière satisfaisante ? Si oui/non, pourquoi ?

Est-ce que ton/ta soignantE prescrit des hormones (parcours trans, THS, autre) ? Si oui, précisez :

Est-ce que ta/ton soignante a répondu à d'autres demandes de manière satisfaisante (endométriose, problèmes endocrinologiques, cancers hormono-dépendants, ou autre...) ? Lesquelles ?

Est-ce que ton/ta soignantE t'a laissé le choix d'accepter ou de refuser l'examen gynécologique (palpation des seins, frottis, etc.) ?

Est-ce que ton/ta soignantE t'explique ses actes avant ou lorsqu'elle/il le fait ?

T'es-tu sentiE brusquéE à un moment de l'examen physique (toucher vaginal hâtif, pose trop rapide de speculum, etc.) ?

Si oui, lequel ?

Aucun examen médical n'exige la nudité complète. Est-ce que ton/ta soignantE t'a demandé de te mettre entièrement nuE ?

Est-ce qu'elle/il a été attentif/ve à ton éventuelle réticence à te montrer nuE ?

Est-ce qu'elle/il t'a déjà proposé l'auto-prélèvement (frottis, prélèvement vaginal, etc.) ?

Est-ce qu'elle/il t'a déjà proposé de faire l'examen gynécologique 'à l'anglaise' (sur le côté) ?

Est-ce qu'il y a des personnes à qui tu conseillerais tout particulièrement ce ou cette soignantE ? A qui, pourquoi ?

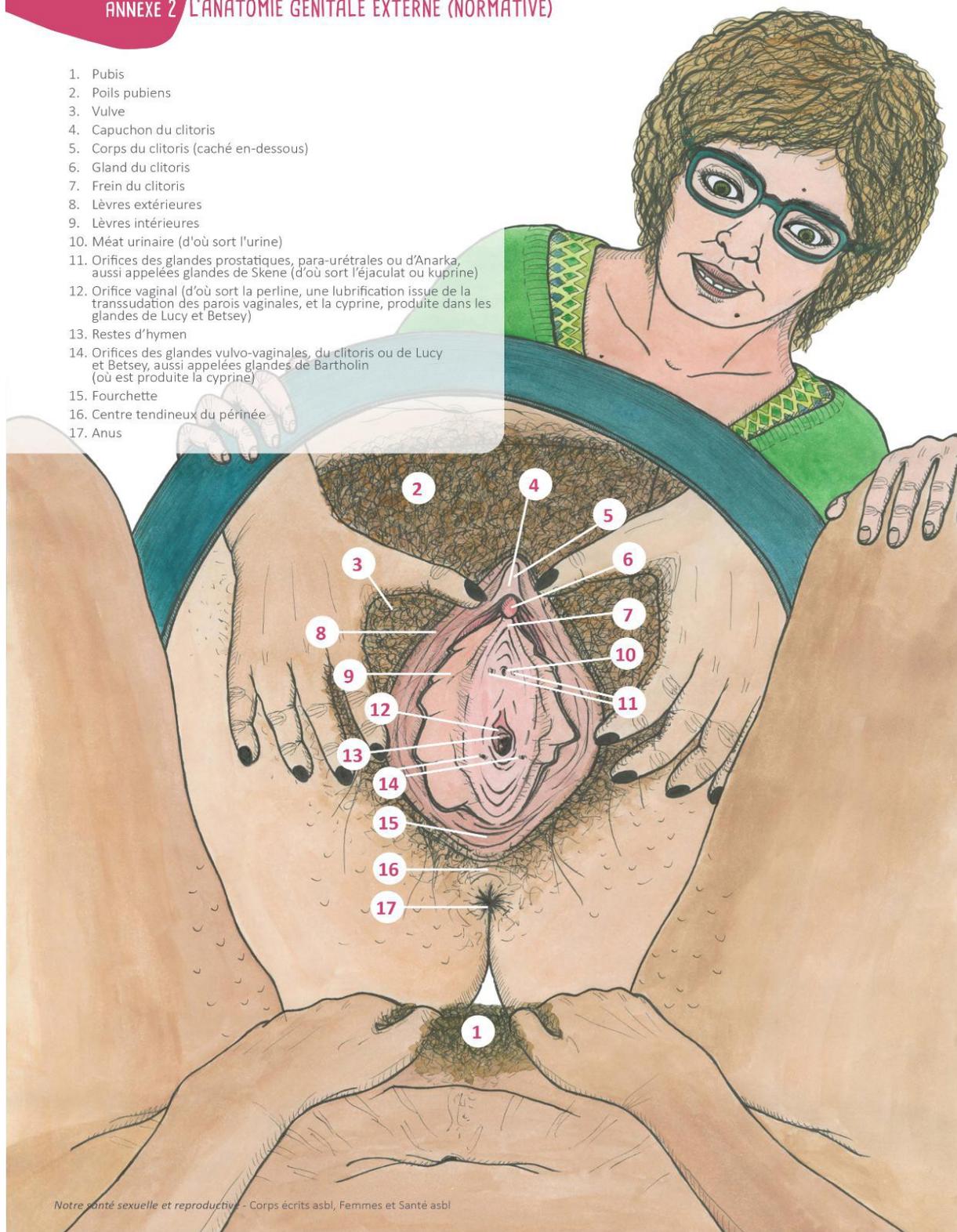
Est-ce qu'il y a des personnes à qui tu ne le/la conseillerais pas ? A qui, pourquoi ?

Est-ce que tu voudrais rajouter quelque chose qui n'aurait pas été abordé...

Annexe 4 – L’anatomie génitale externe (normative)

ANNEXE 2 L'ANATOMIE GÉNITALE EXTERNE (NORMATIVE)

1. Pubis
2. Poils pubiens
3. Vulve
4. Capuchon du clitoris
5. Corps du clitoris (caché en-dessous)
6. Gland du clitoris
7. Frein du clitoris
8. Lèvres extérieures
9. Lèvres intérieures
10. Méat urinaire (d'où sort l'urine)
11. Orifices des glandes prostatiques, para-urétrales ou d'Anarka, aussi appelées glandes de Skene (d'où sort l'éjaculat ou kuprine)
12. Orifice vaginal (d'où sort la perline, une lubrification issue de la transsudation des parois vaginales, et la cyprine, produite dans les glandes de Lucy et Betsey)
13. Restes d'hymen
14. Orifices des glandes vulvo-vaginales, du clitoris ou de Lucy et Betsey, aussi appelées glandes de Bartholin (où est produite la cyprine)
15. Fourchette
16. Centre tendineux du périnée
17. Anus



Notre santé sexuelle et reproductive - Corps écrits asbl, Femmes et Santé asbl

Résumé

Cet écrit s'intéresse aux violences / maltraitances gynécologiques dans différents contextes en santé sexuelle et aux luttes menées jusqu'alors pour identifier, prévenir et dénoncer ces violences. En s'appuyant sur des entretiens et des observations au Planning Familial 13, il s'agit d'aller interroger la place que peut prendre la réduction de ces violences / maltraitances dans la pratique d'une Conseillère Conjugale et Familiale dans le cadre d'un centre de santé sexuelle.

Mots clés : violences et maltraitances gynécologiques - santé sexuelle - collectif