

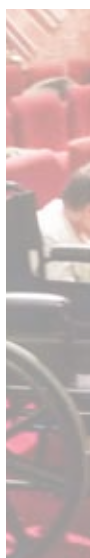
collection
hubertine en actes

Séminaire de concertation

dans le cadre de la préparation du plan d'action
régional pour l'égalité femmes-hommes



PENSER LA PRÉVENTION ET L'OFFRE DE SOIN
POUR LES FEMMES EN ÎLE-DE-FRANCE



NOVEMBRE 2012



Désireux d'associer les acteurs du territoire œuvrant pour l'égalité femmes-hommes à l'élaboration des politiques régionales, le Conseil Régional a organisé, en partenariat avec le Centre Hubertine Auclert, des séminaires thématiques de consultation. Ceux-ci ont permis d'alimenter le travail de réflexion mené par la Région, en faisant émerger de nouvelles pistes d'actions concrètes pour son plan d'action.

Ouverture

- Abdelhak KACHOURI, Vice-président chargé de la citoyenneté, de la politique de la ville et de la sécurité 4
- Laure LECHATELLIER, Vice-présidente chargée de l'action sociale, des formations sanitaires et sociales, de la santé et du handicap 7

Les enjeux de la prise en compte du genre dans une politique de santé

- Marie-Pierre MARTINET - Secrétaire générale du Planning Familial 11

Quelles actions de prévention dans le domaine de la santé pour lutter contre les inégalités ?

- Les enjeux de campagnes de prévention ciblées : Coraline DELEBARRE de Kiosque Info Sida, Haminata SO et Marie-Françoise LANTIERI du GRDR. 15
- L'éducation à la sexualité des jeunes : Catherine ELMGHAZLI de la fédération régionale du Planning Familial. 18

Prise en compte du genre dans l'offre et l'accès aux soins en Ile-de-France ?

- Les enjeux d'une approche genre pour l'accès au soin des étudiant-e-s : Claire FORTASSIN de La Mutuelle Des Etudiants (LMDE). 21
- Les difficultés d'accès aux soins pour les femmes en situation de handicap : Maudy PIOT de Femmes pour le Dire, Femmes pour Agir (FDFA). 24
- Les besoins concernant l'offre d'IVG en Ile-de-France : Martine HATCHUEL et Sophie GAUDU de l'ANCIC 24

Clôture

- Djénéba KEITA, présidente du Centre Hubertine Auclert et Conseillère régionale d'Ile-de-France 27

Ouverture

Abdelhak Kachouri

Vice-président chargé de la
citoyenneté, de la politique
de la ville et de la sécurité



Permettez-moi tout d'abord de vous remercier pour votre présence aujourd'hui et de remercier l'ensemble des intervenants qui ont répondu positivement pour ce séminaire de travail :

Laure Lechatellier, Vice-présidente de la Région Ile-de-France chargée de l'action sociale, des formations sanitaires et sociales, de la santé et du handicap

Marie-Pierre Martinet, Secrétaire générale du Planning Familial

Coraline Delebarre de Kiosque Info Service

Haminata So et Marie-Françoise Lantieri du GRDR

Catherine Elmghazli de la Fédération régionale du Planning Familial
Claire Fortassin de la Mutuelle des Etudiants

Maudy Piot de Femmes pour le Dire, Femmes pour Agir

Martine Hatchuel et Sophie Gaudu de l'ANCIC

Djeneba Keita, Présidente du Centre Hubertine Auclert

Un remerciement tout particulier à Djeneba Keita ainsi qu'à

l'ensemble de l'équipe du Centre Hubertine Auclert qui a organisé ce moment de travail et de réflexion particulièrement important.

En février dernier, j'ai eu l'honneur de présenter devant l'assemblée plénière un rapport ambitieux renforçant notre politique régionale pour l'égalité réelle, contre toutes les formes de discriminations et pour l'égalité femmes-hommes.

Un rapport ambitieux car nous avons réellement voulu que celui-ci s'inscrive dans l'actualité des problématiques auxquelles nous sommes confrontés en matière d'égalité. Nous avons voulu que cette politique régionale éminemment transversale reflète l'ensemble de nos actions, portées par toutes les délégations et par tous les élus du conseil régional. Et nous avons voulu que la Région Ile-de-France prenne toute sa place dans les combats que nous avons à mener, tous ensemble, pour que l'égalité réelle devienne enfin une réalité sur notre territoire.

J'ai porté cette volonté, avec le Président, Jean-Paul Huchon, et avec tous les Vice-présidents, marquant ainsi que l'égalité réelle était bien l'affaire de toutes et de tous, à commencer par nous, élus, qui définissons les politiques régionales.

Nous avons ainsi élaboré une politique reposant sur plusieurs piliers.

1. Nous avons tout d'abord mis en place une politique incitative, afin de valoriser les actions exemplaires et de les démultiplier sur le territoire francilien.

2. Nous avons mis en lumière la nécessité que cette politique s'appuie sur une expertise réelle, permettant de connaître les phénomènes discriminatoires, la manière et les lieux où les inégalités s'expriment, mais également les bonnes pratiques à essaimer et mettre en œuvre.

3. Cette politique s'appuiera sur des dispositifs innovants, qu'ils

soient développés par l'Etat, les collectivités territoriales ou les associations.

Dans ce cadre, je présenterai par exemple dès la semaine prochaine en séance plénière, un partenariat expérimental entre la Région et le Ministère aux Droits des Femmes, portant sur l'égalité professionnelle et sur les démarches à mettre en place pour favoriser l'égalité dès l'orientation et le choix d'une filière ou d'un métier. Les stéréotypes ont encore trop de poids et dirigent automatiquement une jeune fille vers telle filière, plutôt dans le sanitaire et social, et un jeune homme vers tel métier, plutôt technique ou scientifique. C'est pourquoi nous devons tout mettre en œuvre pour que l'égalité s'opère au plus tôt, bien avant l'entrée dans la vie active.

4. Nous avons également voulu que cette politique soit dirigée en priorité vers les discriminations les plus criantes et les plus insupportables. Oui, nous luttons contre toutes les formes de discriminations, mais oui nous savons que certaines discriminations sont plus fortes que d'autres, qu'elles touchent un public plus important et que les dispositifs existants ne sont pas forcément à la hauteur des inégalités.

Les discriminations de genre figurent inévitablement dans celles contre lesquelles nous devons lutter en priorité, car elles s'exercent encore de manière très forte, dans tous les domaines et se cumulent souvent avec d'autres formes de discriminations.

5. Enfin, notre volonté est également celle d'avoir une politique renforcée en matière d'égalité,

s'appuyant notamment sur l'élaboration au sein même de la Région Ile-de-France d'une feuille de route précise, concertée et partagée, entre toutes les délégations, mais également avec tous nos partenaires.

C'est la raison qui nous réunit aujourd'hui.

En effet, nous travaillons actuellement à l'élaboration de deux plans d'actions qui fixeront les objectifs et les ambitions de la Région pour les trois années à venir. Un plan d'actions portera sur toutes les formes de discriminations, et un autre sera spécifiquement consacré à l'égalité entre les femmes et les hommes. Cette feuille de route est bien évidemment le résultat d'un travail interne important.

C'est ainsi que nous avons fait le choix de mettre en place un cycle de séminaire de travail et de concertation. Nous avons pris l'habitude, régulièrement, de travailler ensemble, la Région et ses partenaires. Nous, élus, et je sais que je peux parler également au nom de Laure et de Djeneba, savons pertinemment que nous ne pouvons mettre en œuvre aucune de nos politiques publiques, si elles ne sont pas acceptées, et relayées sur le terrain, par nos partenaires. Nous savons parfaitement le travail que vous faites sur le territoire, un vrai travail de service public, une mission de service au public, et je tiens à la fois à vous en féliciter et à vous en remercier.

C'est pourquoi, après une pre-

mière réunion en septembre dernier, nous nous voyons à nouveau aujourd'hui sur la thématique de la santé.

Ma collègue Laure Lechatellier vous présentera la politique régionale de santé, elle aussi largement renforcée par le vote d'un nouveau rapport il y a quelques semaines, visant à offrir à toutes les franciliennes et tous les franciliens un système de santé digne de notre Région.

Vous le savez, notre territoire est confronté à des enjeux primordiaux sur les conditions de vie des franciliennes et des franciliens. Des enjeux économiques évidemment, avec une crise profonde qui aggrave les inégalités et qui ont des conséquences dans tous les domaines.

Des enjeux en termes d'accès à ce que l'on peut considérer comme le minimum vital : un travail, un logement, une éducation, la santé.

Il est insoutenable et insupportable d'entendre systématiquement que les premiers sacrifices des familles portent sur la santé. Des médecins trop loin, trop chers, des hôpitaux qui ne peuvent plus faire face à l'afflux des malades, des services d'urgence saturés, des territoires désertés.

Autant de problématiques auxquelles nous devons faire face, autant de problématiques qui sont une priorité pour notre Région.

L'accès à la santé est frappé de plein fouet par tellement d'inégalités.

Des inégalités sociales, qui abou-

tissent à un accès différencié selon les ressources.

Des inégalités territoriales, qui permettent à certains d'avoir tout à portée de mains, là où d'autres n'ont rien.

Des inégalités environnementales, qui confrontent des populations à des risques multiples tels que la pollution ou la présence d'amiante dans des lieux de vie ou de travail. Des inégalités culturelles, des inégalités en fonction de l'âge, dans l'accès aux bonnes informations et tant d'autres.

Et dans tout ça, et toujours et encore de manière cumulative, les femmes sont plus touchées que les hommes.

Il y a quelques semaines, nous participions avec Maudy Piot, que je salue une nouvelle fois, à une réunion du Conseil Consultatif du Handicap. Les associations présentes ont apporté des témoignages terribles sur des situations de discriminations liées au handicap. Certains de ces témoignages m'ont profondément marqué, et à nouveau le cumul de ces discriminations est criant.

Lorsque l'on parle de santé, il y a également des questions, des problématiques, des maladies, qui touchent spécifiquement et uniquement les femmes.

Les questions liées à la grossesse, ou à l'Interruption Volontaire de celle-ci, à la contraception, qui est encore essentiellement appréhendée par les femmes, seront évidemment au cœur de nos discussions.

Qu'au 21ème siècle, certains puissent, en France, remettre en cause le fruit de luttes qui ont marqué notre société, qui ont établi le droit des femmes à disposer de leur corps, est impensable. Et pourtant vrai.

Que pour des raisons sociales, certaines femmes ne puissent même pas avoir ce choix, parce qu'elles n'ont pas pu se permettre d'acheter une pilule contraceptive et que, parfois, faute d'avoir la bonne information, elles assument des grossesses non désirées, souvent précoces. Cela ne devrait plus être possible. Et pourtant.

La question de genre est encore primordiale lorsque l'on parle d'éducation à la sexualité, sujet si souvent tabou, de l'éducation à l'égalité des sexes, au respect de l'autre. Apprendre, et ce dès le plus jeune âge, que les filles sont les égales des garçons, y compris dans leur sexualité, est un véritable enjeu de société.

Dans quelques jours, le 25 novembre, nous célébrerons la Journée Internationale de lutte contre les violences faites aux femmes. Ce qu'il ne faut jamais oublier, c'est que certaines victimes voient les violences qu'elles subissent comme une fatalité, comme quelque chose faisant partie de leur vie et contre laquelle elles ne peuvent lutter. Pour des raisons diverses, elles ont intégrées qu'une femme pouvait subir les violences de son compagnon.

L'éducation à la sexualité permet de savoir que ces violences sont inacceptables.

Dans toutes ces problématiques, nous avons un rôle central à jouer. La Région Ile-de-France a fait le choix depuis de nombreuses années d'avoir une approche intégrée de l'égalité femmes-hommes afin que tous les sujets que nous traitons intègre de manière systématique une démarche genrée. Nous sommes fiers de pouvoir dire aujourd'hui que cette démarche est devenue totalement naturelle dans le développement de nos politiques. Mais ce n'est pas pour autant que j'en oublie le chemin qu'il reste à parcourir pour réaliser l'égalité entre les hommes et les femmes.

La volonté développée par la Région Ile-de-France est toujours d'agir au plus près des besoins des franciliennes et des franciliens. Notre objectif est de pouvoir offrir au quotidien sur notre territoire les conditions d'une véritable justice et d'une égalité réelle.

Et je le redis, pour cela nous ne pouvons agir seuls. Aussi, je vous remercie à nouveau pour votre présence, je vous remercie par avance des préconisations et des propositions qui ressortiront des discussions de cet après-midi, qui je le sais sera très riche et je vous souhaite un bon séminaire.



Laure Lechatellier

Vice-présidente chargée de l'action sociale, des formations sanitaires et sociales, de la santé et du handicap

PRÉSENTATION DE LA NOUVELLE POLITIQUE RÉGIONALE DE SANTÉ VOTÉE EN CONSEIL RÉGIONAL DU 27 SEPTEMBRE 2012.



C'est toujours pour moi un plaisir de débattre avec vous. J'avais d'ailleurs eu l'occasion de venir il y a quelques temps au Centre Hubertine Auclert afin d'échanger autour du Pass Contraception que nous avons mis en place en 2010.

Au-delà des questions de santé concernant les femmes, on voit bien qu'aujourd'hui que la santé est un enjeu majeur de société tout comme l'est la question du logement ou celle de l'emploi. On voit d'ailleurs les difficultés croissantes pour les franciliennes et franciliens à se soigner.

Nous avons voté en septembre dernier une délibération qui vient rappeler un certain nombre de politiques très fortes sur lesquelles nous sommes déjà engagées, notamment concernant les femmes, mais qui va au-delà. Il me semble utile de rappeler que la Région, en tant que collectivité territoriale, en tant que région, n'a pas de compétence obligatoire en termes de santé. La santé est une compétence régalienne, de l'État. Mais face aux situations d'inégalités sociales et territoriales grandissantes d'accès au soin, la Région Ile-de-France a l'obligation de s'investir sur ce champ.

Une petite précision par ce qu'on entend par santé. Notre approche est transversale, plus globale et met l'individu au cœur de nos réflexions et dispositifs, à la différence peut-être de la santé telle que l'Etat la régit aujourd'hui avec une offre de soins à assurer, l'élaboration de grandes politiques en matière nationale. Nous, élu-e-s locaux, régionaux, notre première préoccupation est non pas de savoir comment

on soigne les gens, en particulier les femmes, mais comment on les maintient en bonne santé, comment nous veillons à leur qualité de vie, notamment les femmes en situation de précarité. Car aujourd'hui on ne peut pas déconnecter les questions de santé des questions sociales.

Il y a des publics pour nous qui sont prioritaires : nous l'avons réaffirmé avec une politique régionale adoptée en avril 2011. Ce sont les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les (grands) exclus, et celles et ceux victimes d'inégalités, notamment les femmes.

La situation sociale est extrêmement difficile et frappe de plein fouet les femmes. 82% des actifs en temps-partiel sont des femmes. Le temps-partiel représente 31% de l'emploi féminin contre 6% de celui masculin. Les familles monoparentales de plus en plus nombreuses dans notre société, en particulier en Ile-de-France, montrent que près de 9 fois sur 10 le parent isolé est une femme, avec un taux de pauvreté 4 à 5 fois plus élevé que pour les couples sans enfants. Ce sont des constats que vous connaissez et sur lesquels nous travaillons

régulièrement ensemble. Les inégalités régionales sont extrêmement fortes, notamment en matière d'espérance de vie. Mais si les femmes aujourd'hui ont une espérance de vie plus élevée que les hommes, quid de leur espérance de vie en bonne santé ? Un autre constat a émergé lors d'un colloque organisé avec la Mipes (Mission d'information sur la pauvreté en Ile-de-France) : les « aidants non familiaux » sont prioritairement des femmes. La situation des femmes est donc largement inégalitaire et extrêmement dégradée dans ce contexte.

Nous avons fait le choix dans cette politique sociale régionale de mettre l'accent sur le public femme, notamment en aidant un certain nombre de structures et d'associations travaillant sur l'hébergement d'urgence, des femmes isolées avec ou sans enfants. Mais au-delà, nous soutenons aussi des dispositifs qui viennent accompagner les femmes qui auraient besoin d'accéder au soin.

Pour revenir plus spécifiquement sur la délibération que nous avons fait voter en septembre dernier, l'accent a été mis sur deux grands axes : la prévention et l'offre de soins.

La prévention : nous avons souhaité réaffirmé des politiques menées avec certains de nos partenaires, je pense par exemple à l'Ancic qui est dans la salle, au Planning Familial, à la Cadac, sur le volet accompagnement, prévention, contraception, ivg. Il me semble important de souligner l'engagement régional sur ce sujet, notamment une élue régionale sous l'ancienne mandature, Michèle Loup, avec qui nous avons décidé, dans un contexte alarmant d'accès à l'ivg, de soutenir les centres d'orthogénie et leur restructuration. La Région soutient ainsi fi-

nancièrement ces structures. Bonne nouvelle, même si depuis dix ans les centres ne cessent de fermer, j'ai l'impression qu'il y a une volonté aujourd'hui d'inverser la tendance - et cela s'est traduit dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale du gouvernement - que l'IVG soit pris à 100% et qu'il y ait une meilleure valorisation de cet acte par les structures.

Grace à notre politique en matière d'aide aux centres d'orthogénie, un certain nombre de structures vont rouvrir leurs portes, je pense notamment à Tenon. C'est aussi le symbole d'une lutte très importante des féministes.

Nous avons aussi une grande campagne d'information avec le Planning Familial, tous les ans à la même période, qui permet d'informer les femmes de l'existence d'une plateforme téléphonique gérée par le Planning Familial et qui les oriente vers les centres ouverts car on connaît la difficulté des centres à accueillir des femmes, prendre rendez-vous, etc. Nous menons cette politique depuis 2006, réaffirmée dans le rapport-cadre de septembre dernier. Il y a aussi un axe important, peut-être aujourd'hui plus confidentiel mais qui me semble émergeant, et qui pourrait apparaître à terme comme une bombe sanitaire à retardement : les perturbateurs endocriniens. On connaît ainsi le bisphénol A (interdit dans les biberons depuis 2010), les parabènes, les phtalates) mais il y en a d'autres et sont responsables de troubles extrêmement importants. Ils sont méconnus aujourd'hui car, tout comme la question des OGM, il y a un certain nombre de doutes, de polémiques, etc. Mais c'est un sujet qui me tient à cœur et j'ai souhaité que les perturbateurs endocriniens soient « grande cause régionale 2013 ».

Une étude danoise sortie récemment concernant les femmes, notamment les femmes enceintes, relevait qu'avec une ingestion quotidienne d'aspartame, même minimale, on pouvait augmenter de 27% le risque de naissance prématurée. Il y a également une étude sur le chlordécone, utilisé de nombreuses années dans les Antilles françaises, qui a des conséquences sur l'embryon et le futur bébé. Nous avons donc la responsabilité d'informer les femmes de cette nouvelle crise sanitaire qui pourrait apparaître dans les années futures.

Concernant l'axe de l'accès aux soins, il y a des problèmes de déserts médicaux, d'accès aux soins (à cause des dépassement d'honoraires, des difficultés d'avoir un rendez-vous, de la cherté des actes...). La Région Ile-de-France souhaite réduire ces inégalités sociales de santé en aidant un certain nombre de structures, notamment les centres de santé à hauteur de 300 00 euros, structures d'exercices collectifs, de secteur 1, où les médecins sont salariés, qui acceptent le Tiers-payant et les bénéficiaire CMU/AME.

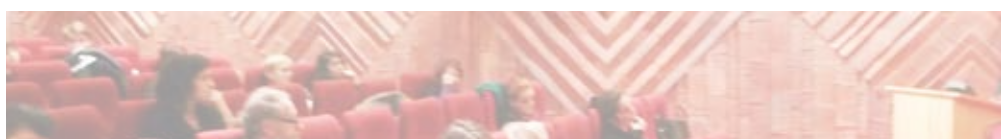
Dans ce rapport cadre, nous avons aussi pris en compte les recommandations du conseil consultatif pour améliorer la prise en charge des femmes en situation de handicap. Au-delà de la seule accessibilité, il faut évidemment que le personnel soignant soit formé à l'accueil, l'orientation, le soin, etc. des personnes en situation de handicap.

Vous l'aurez compris, la Région Ile-de-France est extrêmement présente autour de la thématique des femmes, en particulier près des femmes en situation de fragilité,

Autre aspect de notre politique : la dimension innovation, expérimentation. Nous savons qu'un certain nombre de femmes, comme des professionnelles de santé, en matière de naissance, ont d'autres aspirations. Nous avons donc souhaité soutenir des expérimentations comme les maisons de naissance. Elles n'ont pas aujourd'hui d'existence juridique mais sont présentes au sein de maternités comme celle des Bluets. Et nous soutenons ce type d'initiative innovante.

Ce qu'il faut à mon sens retenir de l'investissement de la région sur ces questions, ce n'est pas tant la santé comme je le disais comme compétence régionale, mais bien une approche différente. Comment en améliorant la qualité de vie des franciliennes, en particulier de ceux et celles qui souffrent le plus sur notre territoire, nous pouvons améliorer (et maintenir) de fait leur (bonne) santé.

Je vous réaffirme en conclusion l'engagement de la Région aux côtés des femmes.



Séminaire Genre et santé
**Penser la prévention et
l'offre de soin pour les
femmes en Ile-de-France**



Marie-Pierre Martinet

Secrétaire générale du Planning Familial

LES ENJEUX DE LA PRISE EN COMPTE DU GENRE DANS UNE POLITIQUE DE SANTÉ

Tout d'abord merci de cette invitation qui m'a été faite de poser le cadre des échanges de cet après-midi.

Avant d'aller au coeur du sujet, j'aimerais vous faire partager les questionnements qui ont été les miens lors de la préparation de cette intervention en nous réinterrogeant sur le sens des mots, ce qu'ils recouvrent, ce que chacun-e y met.

« Genre et santé », s'agit-il de comprendre comment, selon que l'on est un homme ou une femme, se pense la santé, se fait l'accès à la santé et surtout de quelle santé parle-t-on ?

Le sous-titre « Penser la prévention et l'offre de soin pour les femmes en Ile de France » en restreint le champ et cette restriction peut d'ailleurs être questionnée à l'aune de l'association entre titre et sous-titre.

Il ne s'agit pas pour moi de remettre en question les choix faits mais de pointer combien, dans l'approche de la santé, sous l'angle des rapports sociaux de sexes et dans l'analyse qu'il peut en être faite, notre lecture peut varier selon notre compréhension des termes et concepts associés.

Dans le temps imparti et sous l'intitulé « la prise en compte du genre dans les politiques – je rajouterai "publiques" – de santé » je vous propose la grille suivante : Santé au sens de la définition qu'en donne l'OMS depuis 1946, c'est à dire un « état complet de bien-être physique, mental et sociétal qui ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie et d'infirmité »

Et je parlerai de « rapports sociaux de sexe » au lieu de « genre » ce dernier me renvoie au concept du mouvement Queer. En outre, rapports sociaux de sexe est, selon moi, plus explicite dans l'expression des rapports de domination à l'oeuvre.

Dans le contexte sociétal que nous connaissons, la vraie question posée au regard de la lutte contre les inégalités dans le champ de la santé, est bien comment, dans le cadre de politiques publiques, lutter contre une invisibili-

sation des problématiques spécifiques rencontrées par les femmes à la fois dans le champ purement médical et l'expérience des soins mais aussi au regard de la réalité d'une société où la domination du masculin sur le féminin prévaut et ainsi garantir cette égalité.

La région Ile-de-France a ratifié de la « Charte pour l'égalité des femmes et des hommes dans la vie locale » construite sous l'égide du Conseil des communes et régions d'Europe et la commission européenne.

Cette Charte précise dans son article 14 relatif à la santé, outre l'égalité d'accès aux services, soins et traitements que « ces besoins ne proviennent pas seulement des différences biologiques mais aussi des différentes conditions de vie et de travail ainsi que d'attitudes et de présupposés stéréotypés ». Approche qui dépasse la seule approche « soin » mais intègre bien une mise en perspective et une contextualisation sociale et sociétale. J'entends déjà certaines voix pointer mon erreur puisque l'on s'attache désormais à améliorer l'accès à la gynécologie, la contraception et l'avortement donc les femmes sont bien présentes dans ces politiques !

Sauf que, lorsque nous avons rédigé cette charte, nous ne voulions pas justement restreindre à la seule santé génésique la prise en compte des femmes mais bien dans toutes les facettes de la santé OMS définie !

Pour Monique Membrado, ingénieure au CNRS en sociologie, dans un article paru dans le n°25 des NQF¹ et intitulé « Les femmes dans le champ de la santé, de l'oubli à la particularisation » les approches spécifiques de la santé des femmes ont longtemps été réduites à leur capacité reproductrice.

Si les femmes s'émancipent en accédant à une autonomie et une plus grande liberté sociale et à une maîtrise accrue de leur fécondité, elles sont, dans le même temps, pour Bajos et Ferrand² (2002) assujetties à une normalité médicale.

Thomas Laqueur³, cité dans le dossier « Genre et médecine » du dernier numéro de Clara Magazine⁴ avance que « la représentation biologique des sexes se construit sur le modèle et selon la même logique que la conception du féminin et du masculin et des rapports

l'un avec l'autre en vigueur dans la société au-delà de leur apparente neutralité (...) d'avantage que d'autres sciences car elles traitent du corps humain, elles sont également des expressions des idéologies dominantes. Le corps humain est l'objet de nombreuses projections, il n'est pas appréhendé de manière immédiate mais à travers des filtres qui en offrent une lecture sociale. ».

La médecine n'est donc pas plus « étanche » aux normes sociales que d'autres secteurs de la société. De plus, elle jouit d'un statut de pouvoir associé à des valeurs positives, elle joue même un rôle important dans la transmission de stéréotypes sexistes. Rôle, soulignons-le au passage, qu'elle pourrait tout aussi exercer à leur remise en cause ! Ce à quoi fort heureusement toutefois, certains et certaines s'emploient !

Monique Membrado remarque en s'appuyant sur les travaux de Maria De Koninck⁵ que dans les études réalisées sur la santé des femmes, « les inégalités de santé entre les femmes selon leur appartenance géographique et sociales sont rendues visibles essentiellement par leur situation inégalitaire face à la maternité et à ses conséquences médicales et sociales ».

Elle cite également le lien fait par les chercheur-e-s entre médicalisation du corps des femmes et contrôle exercé par les médecins sur les capacités reproductives des femmes qui peut être expliqué par une difficulté à penser et concevoir la santé des femmes en dehors d'une référence maternelle et ceci combiné au modèle biomédical et la construction masculine du champ de la science, de la médecine à la sociologie, comme a pu également le démontrer Juanne Clarke⁶.

Une construction de la santé des femmes s'est donc organisée autour du modèle de la reproduction, du avant /pendant la grossesse et juste après l'accouchement. Point de salut donc pour celles qui ne passent pas ou ne veulent pas passer par la case « grossesse » !

A partir de la notion centrale en médecine et en philosophie depuis l'antiquité qu'est « le tempérament », Elsa Dorlin⁷ restitue les conditions de formation d'un genre médical codifié autour des « maladies des femmes ».

Y est défini un corps féminin pathogène qui justifie efficacement une inégalité naturelle entre les femmes et les hommes avec l'infériorité des premières, et ce, autour de deux pathologies que sont l'hystérie et la nymphomanie. Cela fondera ce que l'on appellera « le tempérament » propre aux femmes et qui sera un instrument de naturalisation des rapports de domination.

Elle montre aussi comment, dans un souci de santé et de crainte du dépeuplement, les médecins mettent en place des normes de santé féminine : une femme saine

et forte, mère des enfants de la nation définie. Construction en opposition aux figures « dégénérées » de femmes (prostituées, la vaporeuse, l'hystérique, l'esclave...) sujettes à ces pathologies.

Mais pour passer du « tempérament maladif » des femmes à l'invention de la Mère, figure positive, personnage physiologique, anthropologique et politique qui incarne désormais la santé des femmes, la condition est d'éliminer une bonne fois pour toutes les figures autres que celle de la mère.

Pour illustrer ce dé-pensé ou mal-pensé des femmes dans la santé, dans le médical, social et sociétal, je prendrai deux exemples. Le premier est tiré des travaux menés par Monique Membrado, précédemment citée, sur l'alcoolisme chez les femmes et le deuxième à partir de l'expérience des femmes dans la pandémie du VIH/ Sida.

Selon Monique Membrado, des domaines aurait pu échapper à ce modèle biomédical que nous venons de définir tant ils relèveraient plus d'une interprétation sociale du rapport entre l'individu et la société. L'alcoolisme ferait parti de ces domaines

Mais pour autant, la spécificité du produit, sa valorisa-

notes

1 Membrado, Monique « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation » in Nouvelles Questions Féministes vol 25-n°2 / 2006, 16-29

2 Bajos, Nathalie ; Ferrand, Michèle et l'équipe GINE « De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues. » Paris, 2002, INSERM, Questions en santé publique,

3 Laqueur, Thomas « La fabrique du sexe », 1992

4 Simon, Claire « Monsieur ou Madame : la médecine l'emporte » in Clara Magazine, Nov-dec 2012, p 15

5 De Koninck Maria « Le discours des femmes sur leur santé, un savoir essentiel pour l'intervention » in Recherches féministes, 10 (1), 97-112

6 Clarck, Juanne « Sexism, feminism and medicalism : a decade review of literature on Gender and illness » in Sociology of health and illness, 1983, 5(1), 62-82

7 Dorlin Elsa « Au chevet de la nation. Sexe, race et médecine (XVIIe – XVIIIe) » thèse de doctorat Philosophie et sociologie, Paris IV Sorbonne, 2004

8 Dupont, Liliane ; Dassonville, Anne ; Cresson, Geneviève « Alcool, grossesse et santé des femmes » Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, Lille, 2005, 59

tion, sa légitimité sociale a séparé les consommateurs en catégories, ceux qui « boivent bien » et ceux qui dérivent.

Dans ces deux figures, l'une est positive, l'autre est dans la perte de contrôle mais elles sont toutes deux d'abord masculines.

C'est donc comme un « être à part » que les alcoologues ont approché et traité les femmes qui s'adonnent de manière « excessive » à l'alcool, avançant alors que l'alcoolisme des femmes a ceci de particulier qu'il est différent de celui des hommes. L'alcoolisme des hommes n'aurait lui rien de particulier bien sûr !

Un autre trait qui caractérise ce profil de la femme alcoolique c'est celui de la névrose ! Dans une société qui condamne une femme qui boit au nom de son statut de mère et de chargée de famille ; dans cette même société qui n'envisage même pas qu'une femme puisse le faire ; comment expliquer alors autrement le comportement de cette femme qu'en raison de caractéristiques mentales ? !

Cela suppose donc en creux une attribution aux femmes de troubles psychiques ou psychiatriques dont les hommes eux seraient indemnes !

Monique Membrado -s'appuyant sur les travaux dirigés par Liliane Dupont- avance que parmi les traits spécifiques que les médecins attribuent aux femmes alcooliques, traits exacerbés entre autres lors d'une grossesse comme nous venons de l'évoquer, il y aurait l'hypothèse d'un lien entre déni devant le risque alcool et l'impensable qu'une femme puisse mettre en danger son futur enfant.

La référence maternelle pour les médecins induit une double dynamique, d'une part le déni de situations « problématiques » pour la femme en question et quand elles sont prises en compte, la responsabilité d'un tel comportement en est imputée aux seules femmes !

Cela rappelle l'interprétation médicale du désir d'enfant, forcément irrationnel chez des femmes séropositives. Comment interpréter qu'une femme puisse aller au bout de son désir de grossesse alors qu'elle fait courir un risque à l'enfant à naître autrement que ce soit « plus fort qu'elle » ?

C'est peut être aussi pour ces raisons que l'on a, dans l'approche femme et VIH, particulièrement traité la question de la transmission mère-enfant au-delà des enjeux tout à fait importants par ailleurs dans cette lutte contre la pandémie.

Lors du colloque organisé par l'interassociatif « Femmes et VIH » en mars 2011 intitulé « VIH, Femmes corps et identité, du vécu aux revendications », William Lowenstein, médecin et membre du Conseil national du sida

rappelait que pour la médecine telle qu'elle s'est construite, la patiente est d'abord un patient et pour reprendre le slogan des années 70, « qui est plus inconnu que le soldat inconnu, sa femme ! » Dans notre cas, qui est encore plus invisible qu'un patient, une patiente ! Il faut sortir de cet androcentrisme pour –enfin- entendre la parole des femmes au-delà des mères !!!

L'exemple du VIH Sida est donc particulièrement intéressant sur notre sujet car il concentre en lui-même beaucoup des stéréotypes issus de rapports sociaux de sexes inégalitaires.

D'une part c'est une « maladie » récente (30 ans), pour laquelle, il a fallu que médecins et personnes contaminées avancent ensemble dans un parcours semé d'embûches et de doutes, découvrant pas à pas à la fois la maladie, les traitements et leurs effets, d'où les représentations sur chacun des deux sexes n'étaient pas exemptes.

Mais c'est aussi une infection sexuellement transmissible visibilisée par ses ravages dans la communauté gay. Aussi les efforts ont particulièrement ciblés les hommes ayant des relations avec les hommes. La recherche a également eu ce modèle. L'approche VIH Sida chez les femmes s'est donc faite sur un modèle masculin venant renforcer l'approche santé des femmes sous l'angle principal de leur statut de mère. La prévention ne se fait pas vraiment sur la population générale mais sur des publics cibles ou dit vulnérables qui du coup éloigne notamment les hommes hétéro et... les femmes hétéro si celles-ci ne sont pas migrantes d'Afrique sub-sahariennes !

Or on assiste à une recrudescence de l'infection chez des femmes plus âgées, qui refont leur vie, qui ne sont pas entrée en sexualité avec le VIH et vers qui l'information n'est pas dirigée !

Selon les propos de Catherine Kapusta-Palmer, membre de l'interassociatif lors de ce colloque, et je la cite « il nous reste du chemin à faire pour que nos spécificités et nos revendications de femmes soient entendues et relevées, pour que la médecine prenne en compte que vivre avec le sida c'est différent selon que l'on est une femme ou pas, pour que la société reconnaisse que c'est une expérience selon son sexe social ou sa sexualité (femme, homme, trans, homosexuelle...) pour que les politiques entendent que cette maladie, (...) alors qu'elle surfe sur toutes les formes de discriminations sociales, économiques et politiques qui représentent un concentré d'enjeux brûlants. (...) »

Les femmes demandent que l'on entende leur demande et qu'on les écoute.

Elles ne veulent plus s'entendre dire face à leurs questionnements sur la lipodystrophie ou leur sexualité, face

à ce corps qui se déforme, se modifie sous l'effet des traitements « mais madame, vous êtes en vie, estimez-vous heureuse ! ». Ou bien face à leur prise de poids « Allez, faites un régime, les femmes vous aimez cela » ! Elles ne veulent plus être exclues des cohortes d'études des traitements car la réalité aujourd'hui est que les médicaments et traitements sont expérimentés sur des cohortes d'hommes et les traitements des femmes dans la pandémie se font selon un référentiel masculin !

Pourquoi, ne prend-on pas plus en considération dans la prévention du VIH Sida que les femmes sont biologiquement plus exposées que les hommes à la transmission du virus et qu'elles doivent faire face à de multiples facteurs socio-culturels, économiques, juridiques qui les fragilisent face à la pandémie, en particulier la dépendance économique dans laquelle elles sont maintenues. Les femmes veulent qu'enfin les médecins qui les suivent leur proposent aussi des suivis gynéco ! « En 10 ans de suivi, témoignait une femme séropositive, mon médecin ne m'a jamais demandé si j'avais un suivi gynécologique ! ». Ceci est d'autant plus étonnant que l'on sait que les infections vaginales sont plus fréquentes chez les femmes séropositives.

Elles veulent, comme le dit Catherine Kapusta-Palmer « pouvoir parler de [leurs] revendications, de [leurs] spécificités en tant que femmes avec des corps de femmes et, c'est moi qui souligne -non des mères- elles veulent lutter contre une société qui les néglige et les oublie. » « Aujourd'hui dans le monde poursuit Catherine, plus de femmes que d'hommes vivent avec le VIH et le combattent, pourtant nous sommes classées dans les populations dites vulnérables ». 51% des personnes contaminées sont des femmes

Cette maladie, dans l'approche qui en est faite, renforce les discriminations en direction des femmes, des homosexuels ou des trans, les étrangères ... en sus des discriminations socio-économiques. Mais est-ce si différent pour d'autres maladies ?

Et dans un contexte économique :

- Où les femmes sont de plus en plus précarisées,
- Où le renoncement aux soins se répand que ce soit pour elles-mêmes (consultation gynéco notamment, optique, dentisterie) ou au profit des proches notamment les enfants,
- Où les femmes dans les pathologies qui les touchent ont du mal à être vues au-delà du prisme essentialisant de la maternité,

La politique publique de prévention et de santé efficace doit non seulement intégrer les aspects sociétaux, la réalité des vécus, les assignations et injonctions normatives subies par les femmes comme les hommes.

Car ils n'en sont pas exempts même s'ils ne disposent pas des mêmes ressources sociales pour en sortir. Un article du quotidien du médecin d'hier (14/11/12) faisait ainsi état d'un moins bon suivi des dépressions chez les hommes car ils consulteraient moins que les femmes... Surement en raison des assignations où « le tempérament » dont nous parlions plus haut, la psychomachinose... serait l'apanage des femmes et l'admettre serait une remise en cause de l'assignation au masculin à laquelle ils sont également soumis

L'efficacité de ces politiques de santé au sens OMS du terme, est donc soumise à la prise en compte des assignations aux rapports sociaux de sexes même si aujourd'hui la balance penche plutôt en réalité, dans cette pseudo neutralité, dans une approche masculine ou via la maternité.

Cela suppose de dépasser les discours « neutres » mais bel et bien à travers l'ensemble des actions menées ou soutenues, d'intégrer plus largement cette dimension des rapports sociaux de sexe.

Exemple. Si je dis « Je souhaite lutter contre les inégalités territoriales et améliorer l'accès aux soins pour tous » il est pertinent de se poser la question suivante : est-ce que les dispositifs que je mets en place ou que je soutiens, profitent autant aux femmes qu'aux hommes ? Si je soutiens l'implantation d'un centre de santé, est-il accessible simplement en transport en commun ou bien faut-il prendre un véhicule lorsque l'on connaît la dépendance ou le non accès des femmes aux véhicules de manière autonome ? Les horaires prévus permettent-ils d'y avoir accès facilement ? Sont-ils compatibles avec les contraintes d'articulation vie privée vie professionnelle ? Pour avoir pu travailler sur les liens entre difficultés d'articulation vie perso / vie professionnelle et risques psycho-sociaux, c'est une question à se poser. Y a-t-il un gynéco ou un médecin formé ? Les professionnels de ces centres sont-ils formés à l'analyse des rapports sociaux de sexes ?

Dans les politiques de santé comme dans l'ensemble des politiques menées qu'elle que soit l'échelle territoriale concernée, il y a une obligation majeure à chausser les lunettes des rapports sociaux de sexe pour une politique égalitaire y compris pour apporter les correctifs idoines. Je pense que les échanges qui auront lieu au cours de cette après-midi seront à même d'apporter des propositions ancrées sur la réalité des territoires divers qui constituent la région Ile de France.

Je vous remercie.

Quelles actions de prévention dans le domaine de la santé pour lutter contre les inégalités ?

LES ENJEUX DE CAMPAGNES
DE PRÉVENTION CIBLÉES

Coraline Delebarre
Kiosque Info Sida

Santé sexuelle et empowerment. Ou comment valoriser les femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes (FSF) et les inciter à prendre soin d'elles : Le projet « Tomber la culotte! »

La santé sexuelle, rappel de définition, selon l'OMS.

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence. Pour permettre la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun. »

Les projets visant à l'amélioration de la santé sexuelle peuvent être plus efficacement mis en place en suivant le processus d'empowerment.

L'empowerment un concept clé.

La notion d'« empowerment » s'articule étroitement aux perspectives de participation communautaire présentes elles-aussi dans la charte d'Ottawa. Selon Le Bossé et Lavallée, la notion d'« empowerment » vient de la psychologie communautaire qui voulait :

« Contribuer au développement d'un système d'organisation sociale dans laquelle chacun pourrait vivre sa différence sans que cela constitue un frein à l'accès aux ressources collectives » (1993).

L'empowerment communautaire a pour objectif de rendre la communauté capable d'analyser sa situation, de définir ses problèmes et de les résoudre afin qu'elle jouisse pleinement de son droit aux services de santé.

Quatre composantes essentielles : la participation, la

compétence, l'estime de soi et la conscience critique.

Elles permettent la réappropriation du pouvoir par les groupes minoritaires (Rappoport, 1987).

Ce processus participatif et collaboratif n'est possible qu'en renforçant la capacité des intervenant-e-s à remplir leurs rôles de techniciens de la santé et d'accompagnateurs de la population dans son action sociale. (Eisen, 1994). Il demande un effort de collaboration, de partage et d'interrelations pour amener le changement (Wallerstein & Bernstein, 1988) prenant en compte les pouvoirs publics, intervenant-e-s de santé et populations.

Il s'agit également de reconnaître l'expérience subjective des personnes comme expertises de leur propre vie. (Hawley & Mc Writter, 1991).

« Tomber la culotte » est un projet de santé sexuelle communautaire et d'empowerment à destination des FSF qui s'inscrit dans cette démarche.

Genèse : un contexte politique favorable

Pour la première fois les FSF ont fait l'objet de recommandations spécifiques dans le plan VIH – IST 2011-2014, grâce à la création d'une commission de réflexion spécifique à ces populations.

Les recommandations inscrites sont les suivantes:

- Améliorer les connaissances et les capacités des FSF [...] en matière de prévention du VIH et des IST.
- Intégrer la prévention du VIH/IST dans une approche et une communication globale de la santé sexuelle pour les femmes [...] homo-bisexual(le)s.

Lors de la mise en place de ce plan et grâce aux apports universitaires et de terrains un diagnostic social et plus spécifique à la santé a été mis en place :

Diagnostic social

- Une faible production de messages spécifiques
- Une faible mobilisation associative
- Une représentation erronée de la sexualité entre femmes
- Une invisibilité des FSF dans les associations et dans la sphère publique
- Une lesbophobie intériorisée ne permettant pas l'émergence d'une identité positive

Un diagnostic spécifique à la santé

- Une construction sociale de l'immunité au VIH et aux IST véhiculée par les chercheurs, services de santé et les lesbiennes elles-mêmes;
 - Une méconnaissance de la part des professionnel-le-s de santé;
 - Une difficulté d'accès aux soins pour les lesbiennes;
 - Peu de suivis gynécologiques;
 - Une prévalence d'IST supérieure à celle des femmes hétérosexuelles (12% vs 3% dans les 5 dernières années)*;
 - Des épisodes dépressifs plus fréquents (54% vs 31%)*;
- *(csf 2008)

Présentation et objectif du projet « Tomber la culotte ! »

« Tomber la culotte ! » est un projet co-porté par les associations Le Kiosque Infos Sida et Sida Info Service et co-dirigé par Coraline Delebarre et Clotilde Genon. Il a fait l'objet d'une subvention de l'Inpes, pour 20 000 exemplaires dans le cadre de l'appel à projet VIH-IST de 2010.

Il comporte un double objectif :

- La création et la diffusion d'une brochure sur la santé sexuelle à destination des FSF.
- La création et le renforcement des liens inter-associatifs sur cette thématique, permettant la diffusion de l'information et l'accueil du public cible.

Objectifs stratégiques du projet

- Créer une dynamique inter-associative sur la question de la santé sexuelle FSF ;
- Augmenter la production de documentation à destination des FSF et élargir les canaux de diffusion ;
- Informer sur les risques liés aux sexualités et aux modes de contaminations des IST dans les sexualités entre femmes. ;
- Inciter au dépistage des IST et au suivi gynécologique ;
- Systématiser l'information concernant les risques sexuels et l'usage des outils de prévention ;
- Renforcer les capacités individuelles des FSF à pren-

dre soin de soi ;

- Inciter à la réflexion sur la pluralité des sexualités des FSF ;

Une démarche inter-associative et communautaire

- Un travail collaboratif et participatif avec des structures et associations mobilisées (Ile-de-France et régions) représentées par des paires ;
- Des expertes en sexologie, sociologie, épidémiologie, sciences politiques ;
- Des artistes communautaires, féministes, Queer et/ou lesbiennes ;
- Des personnes représentatives du public cible ;

Contenus

- Connaître son corps ;
- Valoriser son identité ;
- Avoir des clés pour déconstruire la lesbophobie ;
- Gérer la découverte de son orientation sexuelle ;
- Avoir une sexualité positive ;
- Gérer ses relations de « couple » ;
- Se protéger des IST et améliorer son confort sexuel ;
- Améliorer son rapport aux soins ;
- Devenir actrice de sa santé ;
- Savoir où se rendre en cas de besoin ;

Agrémenté de contenus ludiques et interactifs

- valoriser l'expérience individuelle ;
- Permettre de rendre compte de la pluralité des comportements, pratiques et plaisirs au sein d'un même groupe ;
- Positiver la sexualité ;

1 an après sa sortie « Tomber la culotte » c'est :

- Plus de 18.000 exemplaires diffusés au niveau national par les associations partenaires et par le SNEG ;
- Une couverture médiatique importante relayée par les médias lesbiens et féministes ;
- Des demandes dans les pays francophones (Suisse, Belgique et Québec) ;
- La brochure présente au musée LGBT de San Francisco ;
- Des retours positifs des communautés ciblées ;
- La dynamisation d'un réseau associatif permettant l'amélioration de la prise en charge des FSF et leur accueil ;
- A venir: Une réimpression de 20.000 exemplaires en 2013 accordé par l'INPES

Recommandation n°1

Produire plus de données et de meilleure qualité

Notamment via l'inclusion d'une question relative à l'auto-identification des personnes dans les enquêtes en population générale et spécifique (comme pour l'enquête PressGay et Lesbienne de 2011).

Recommandation n°2

Mener des actions d'information et de prévention en direction des lesbiennes

- Santé mentale

L'instauration d'espaces de parole et d'échange d'expériences entre lesbiennes et/ou femmes en questionnement sur leur orientation sexuelle

- Produit psycho actifs

L'utilisation détournée de médicaments psychotropes (tranquillisants, anxiolytiques, antidépresseurs), volet encore peu exploré concernant la consommation de produits psycho-actifs, nécessiterait aussi qu'on s'y attarde.

- Santé sexuelle

Le suivi gynécologique devrait constituer un cadre idéal pour la prévention et le dépistage. Encore faut-il que les lesbiennes soient considérées avec autant d'attention et en dehors de tout préjugé par leurs médecins. L'exclusion fréquente dont elles font l'objet lorsqu'il s'agit de proposer un dépistage doit cesser.

- Violence

Les dispositifs déjà existants doivent prendre davantage en compte les problématiques lesbiennes, notamment en sortant du présupposé relatif à l'hétérosexualité des victimes et des auteur-e-s (s'assurer par exemple de la sécurité des victimes dans les lieux dont sont traditionnellement exclus les hommes mais qui restent accessibles aux femmes éventuellement auteures de violences).

Recommandation n°3

- Encourager la mobilisation et la solidarité communautaires (LGBT et féministes)

Les communautés LGBT peuvent constituer des lieux de socialisation, de re-« narcissisation » individuelle et collective, de protection contre les discriminations et les violences subies ou craintes, d'échappée aux stéréotypes véhiculés dans la société. On peut d'ailleurs imaginer que si les lesbiennes ne font pas ou plus la démarche d'aller consulter les professionnel-le-s (puisque l'on sait qu'elles hésitent à consulter par crainte de se heurter à l'ignorance, voire à la lesbophobie de

leurs interlocuteurs/trices), ceux/celles-ci pourraient venir à elles, par le biais des structures LGBT. Enfin, il est important de garder à l'esprit que les parcours de vie des gays et des lesbiennes, leur socialisation (en tant qu'homme ou femme), le vécu des violences et discriminations (sexisme, LGBT-phobie, hétéronormativité), ne sont pas exactement superposables.

Recommandation n°4

Lutter contre la lesbophobie et modifier les représentations de l'homosexualité féminine dans la société.

Les recommandations précédentes ne trouveront tout leur sens que si elles participent d'une réflexion globale, à l'échelle de la société toute entière.

la capacité des lesbiennes à mieux gérer leur santé sera indéniablement connectée à l'évolution de leurs droits sociaux. La lutte pour un renforcement de la répression concernant les insultes, violences et discriminations homophobes/lesbophobes, mais aussi pour la reconnaissance de droits égaux aux individus et aux couples homosexuels (mariage, adoption, procréation médicale assistée...) constituent un pas nécessaire vers une meilleure acceptation sociale.

La mise en place de ces recommandations n'est possible qu'en incluant les pouvoirs publics, intervenant-e-s de santé et populations (générales et spécifiques) et en aidant les intervenant-e-s à remplir leurs rôles de techniciens de la santé (via la formation notamment).

notes

- GSS (Genre Sexualité et Société), Lesbiennes, N°1, Printemps 2009, revue en ligne

Clotilde Genon, Cécile Chartrain et Coraline Delebarre

- Pour une promotion de la santé lesbienne :

Etat des lieux des recherches, enjeux et propositions
<http://gss.revues.org/index87.html>

- Santé Gaie - Jean-Yves Le Talec, Olivier Jablonski et Georges Sideris (dir.), Santé gaie, L'Harmattan, Editions Pepper, 2010, 302 p.

Le Planning Familial est un Mouvement féministe dont l'essence même est de lutter contre les inégalités entre les femmes et les hommes. C'est aussi un mouvement d'éducation Populaire qui a une forte expérience de terrain, par les différentes activités d'accueils, d'écoute téléphonique et d'animations de prévention particulièrement avec les jeunes et les personnes qui ont peu accès à l'information. De cette expérience nous pouvons faire des constats alarmants des inégalités sociales d'une part et des inégalités entre les femmes et les hommes d'autre part. Les animations d'éducation à la sexualité sont un des moyens de combattre ces déficits.

Le déficit d'information est manifeste, nous le constatons lors de nos écoutes téléphoniques très sollicitées, que ce soit le téléphone de nos associations repérés par les femmes qui connaissent le Planning, par le Téléphone vert financé par la ville de Paris avec lequel nous avons un public plus varié notamment les plus jeunes et des hommes et par la plateforme régionale financée par la Région Ile-de-France. Ce besoin d'information est aussi un droit, informations sur la contraception, l'IVG, les IST et SIDA mais aussi sur toutes les questions liées à la sexualité.

L'écoute téléphonique et nos diverses activités nous permettent aussi de faire un état des lieux de la situation actuelle et le constat de plusieurs difficultés d'accès à la santé et à l'information particulièrement pour les femmes :

- Difficultés d'accès à la contraception : les centres de planification et de santé ne sont pas assez nombreux surtout dans les zones rurales ou périurbaines, les femmes n'ont pas le choix des lieux et ont du mal à les repérer, les mineures qui doivent bénéficier d'une contraception gratuite et anonyme ne peuvent l'obtenir, la loi n'est donc pas respectée. Ces lieux d'accueils sont essentiels, ils doivent offrir une écoute par des professionnels formés et un accès à la contraception gratuit pour les non assurées sociales et les mineures comme le veut la loi mais surtout une contraception et des soins à un tarif abordable. Car le prix est un réel handicap pour l'accès à la contraception, c'est ce que souligne Nathalie

Bajos dans l'enquête Fecond, beaucoup de femmes et particulièrement des jeunes dont des étudiantes ont des difficultés financières et ne peuvent financer cette contraception surtout si elles ne connaissent que des gynécologues qui font des dépassements d'honoraires et qui proposent comme contraception une pilule trop chère et non remboursée. Au manque de structures pour obtenir une contraception dans de bonnes conditions d'accès et financières, se rajoute un déficit de sensibilisation des médecins à la contraception qui fait que les femmes se heurtent à une politique du tout pilule qui ne convient pas à chacune et dont l'utilisation n'est pas assez expliquée. Pourtant nous savons, et ça a été le slogan des campagnes contraception, que la meilleure contraception est celle que l'on choisit. A ce propos nous soulignons l'importance de ces campagnes qui, nous l'espérons, perdureront en Ile-de-France.

Il est évident qu'il faudrait plus de centres de planification mais pour remédier à ce déficit plusieurs projets sont mis en place. Le Pass contraception, que la région Ile-de-France a initié, est mis en place dans plusieurs régions. C'est un moyen de répondre à la pénurie de structure, de répondre à la gratuité pour les mineures qui ne peuvent pas aller dans un centre de planification, d'impliquer les garçons avec les préservatifs gratuits, et de mobiliser des professionnels dans ce projet.

L'implication de différents professionnel-le-s de santé et socio éducatifs motivés et formés est capitale. Il s'agit de construire des réseaux de professionnel-le-s qui peuvent répondre à la demande des femmes en leur offrant des entretiens et une contraception même en l'absence de médecins présents, cette contraception déléguée peut être une solution qui devrait permettre de répondre aux besoins des femmes dans des conditions optimales de qualité de sécurité et d'accueil. Ces professionnel-le-s doivent être formés et adopter une culture commune. Le Planning travaille actuellement à Paris à construire un réseau avec des médecins, des pharmaciens, des sages femmes, des infirmières et bien sûr des conseillères conjugales. Nous envisageons de créer ces réseaux dans d'autres départements d'Ile de France qui souffrent encore plus de pénurie de centre adaptés.

- Difficulté d'accès à l'IVG par des freins moraux qui perdurent auprès des différents professionnel-le-s dans le parcours des femmes, par manque d'information et surtout par manque de structure. En effet la restructuration de l'hôpital et la nouvelle loi HPST n'a pas favorisé le développement de places pour les IVG bien au contraire. Entre 2007 et 2012 il y a eu 23 fermetures de centres (15 privés et 8 publics) en Ile-de-France. Le manque de proximité, la diminution des lits, surtout pour la méthode chirurgicale, compliquent le parcours des femmes qui peuvent se trouver en difficulté. Nous répondons à la Plate forme régionale et donnons le plus d'informations possible et la meilleure écoute, mais nous nous heurtons à la difficulté de trouver des places et au manque de coordination, surtout lors des vacances, où il devient impossible de trouver des médecins... ceux ci n'étant pas remplacés. Là encore, la loi n'est pas respectée et les femmes en subissent les conséquences.

Il s'agit là de soins qui concernent particulièrement les femmes, qu'elles sont seules à assumer, qui ne sont pas valorisés ou même condamnés et perçus comme des soins de moindre importance, ce qui les handicape fortement.

- Difficulté d'accès à l'information et à l'éducation. Les circulaires de l'Education nationale stipulent que les jeunes scolarisés doivent avoir 3 animations d'éducation à la vie sexuelle et affective par niveau d'âge. La loi est rarement respectée et si des animations sont mises en place elles le sont de façons sporadiques. Il s'agit de proposer aussi des animations à tous ceux qui en ont besoins et particulièrement ceux qui ont le moins accès à l'information ou qui sont en situation de précarité.

Cette éducation est essentielle et un moyen de combattre les inégalités entre les femmes et les hommes. Vincent Peillon a signé une charte avec l'Education nationale pour travailler contre les inégalités entre les filles et les garçons.

Au Planning nous proposons plusieurs programmes adaptés au public, au minimum nous proposons 2 séances de 2 heures en demi groupe à savoir 10 à 15 personnes mixtes. Cette exigence nous permet de travailler au plus près des préoccupations du groupe, c'est un moyen de réfléchir ensemble et de partager des opinions et des savoirs. Nous travaillons toujours en amont avec l'équipe éducative car l'objectif est bien qu'il y ait un discours commun et que tous les éducateurs se sentent impliqués pour que cette éducation ne soit pas que ponctuelle.

Ces animations s'adressent aux jeunes et au moins jeunes, elles permettent de donner l'information nécessaire à la prévention des risques liés à la sexualité et

de créer les conditions pour que ce public prennent ses propres décisions et soit autonome dans ces choix relationnels et sexuels.

Les jeunes doivent avoir des espaces de paroles pour exprimer et connaître ce qui se passe dans les relations amoureuses et sexuelles, ils doivent pouvoir mettre des mots sur leurs désirs et savoir les exprimer tout en respectant l'autre. A l'adolescence et même plus tôt, faute d'information ils vont les chercher sur internet ou les films porno où la sexualité est exposée de façon consumériste sans laisser de place à la relation et en dévalorisant le rôle des femmes et leur sexualité. Il est donc essentiel d'être présent auprès des jeunes pour qu'ils entendent une parole d'adulte qui leur permette de reconnaître leurs propres désirs hors des injonctions sexistes de leurs pairs ou des médias.

Lors des animations nous entendons avec effroi, particulièrement dans ces périodes de recherche d'identité des jeunes ados, des propos sexistes dangereux : le garçon reste un héros viril fort de ces différentes conquêtes qui ressemble plus à une activité de chasseur qui dédaigne sa proie dès sa prise. En revanche la femme se doit d'être docile, attendre d'être conquise et si sa sexualité est connue elle sera jugée, dévalorisée et même condamnée. On peut même entendre parfois que le plaisir n'est que pour les hommes et les femmes doivent le leur donner.

Où est l'égalité dans ces schémas qui paraissent d'une autre époque? L'évolution de la société ne se fait pas pour tout le monde et sous des apparences de libertés relationnelles et sexuelles exposées facilement dans l'image et le paraître, une partie des jeunes continuent à construire leur identité sur des modèles archaïques qui les privent de liberté, d'épanouissement et renforcent les inégalités. La plupart des jeunes filles sont pénalisés, on ne les éduque pas comme les garçons, on leur laisse moins de liberté par crainte de risques. Ces inégalités sont profondément injustes et dangereuses, elles perdurent dans le quotidien des femmes et sont à l'origine de violences. Les représentations genrées où l'homme est dominant, où la femme obéit, perdurent, elles sont le socle des comportements sexistes, des violences dans les couples (1 femme sur 10), des violences sexuelles où un individu se donne le droit d'utiliser le corps de l'autre. Il y a aussi le harcèlement, le contrôle de la sexualité et du corps des femmes, de la virginité, du mariage et de multiples comportements dans la vie quotidienne qui renvoient à ces représentations aliénantes des rôles sexuels.

Il s'agit donc bien de créer des espaces de parole collectifs où les jeunes ou moins jeunes peuvent prendre

conscience des aliénations que ces schémas impliquent, de partager avec les autres et mesurer les avantages à établir une vie relationnelle respectueuse et harmonieuse.

Nous sommes convaincues que ces schémas identitaires liés au sexe s'installent très tôt dans la vie et qu'il est nécessaire de travailler avec les plus petits dès l'école maternelle et les classes primaires comme le veut la loi. Il s'agit de travailler avec ces enfants sur leur ressenti afin qu'ils repèrent ce qu'ils aiment, ce qui est désagréable, et de savoir exprimer leurs désirs ou ce qu'ils ne veulent pas, savoir ce qui est possible et ce qui est interdit. Il s'agit aussi de travailler sur ce qu'est une femme et un homme, sur leurs différences, leurs rôles, et renforcer le choix de chacun vers des relations égalitaires en évitant les injonctions à être une petite fille passive docile et discrète et un garçon entreprenant courageux et agressif. Sortir de ces schémas permettra que les enfants s'expriment en fonction de leurs différences individuelles et non en fonction de leur sexe, ce qui n'empêche pas pour autant une construction identitaire.

Les animations permettent de dénoncer les comportements sexistes et combattre les violences sexuelles qui sont le paroxysme de ces comportements inégalitaires. Ce travail de prévention est donc primordial pour le Planning mais c'est aussi celui de nombreux professionnels de l'Education Nationale, de santé ou socio éducatif ou de jeunes relais en contact avec du public qu'il est nécessaire de former pour qu'on travaille ensemble. Le Planning propose des programmes de formation en ce sens.

Les préconisations du Planning Familial :

- Valorisation des Centres de Planification
- Création de structures accessibles (en lieux et horaires) afin d'assurer le maillage territorial pour garantir l'égalité et l'application de la loi
- Promouvoir l'information : par des plateformes téléphoniques, par des sites, chat internet, par des campagnes d'information
- Création de Réseaux en mobilisant les partenaires politiques, institutionnels et professionnels pour favoriser l'accès aux droits des femmes.
- Favoriser les réseaux de professionnels, médecins, sages-femmes, pharmaciens, infirmières et conseillères conjugales, et instauration de la contraception déléguée.
- Favoriser l'accès à l'IVG en garantissant des places et des soins dans des structures adaptées et en simplifiant le parcours des femmes.
- Assurer l'éducation à la relation affective et sexuelle pour promouvoir des relations épanouies et l'égalité entre les femmes et les hommes, prévenir les violences et les comportements sexistes. Ces animations doivent se faire régulièrement avec des outils adaptés auprès des publics scolaires notamment les plus jeunes dès la maternelle, et hors du système scolaire notamment les publics en situation de vulnérabilité.
- Créer une culture commune entre les professionnels, les équipes éducatives et les publics relais
- Favoriser les formations initiales et continues de ces professionnels.

Prise en compte du genre dans l'offre et l'accès aux soins en Ile-de-France ?

*LES ENJEUX D'UNE APPROCHE
GENRE POUR L'ACCÈS AU SOIN
DES ÉTUDIANT-E-S*

Claire Fortassin
La Mutuelle Des Etudiants
(LMDE)

Actrice de la santé des étudiant-e-s et engagée depuis toujours dans la lutte pour les droits des femmes et la promotion de l'égalité, dans une perspective sanitaire, mais également à un niveau global, la LMDE mène depuis sa création le combat pour l'accès de tous à des soins de qualité.

Au-delà de notre mission de gestionnaire du régime étudiant-e-s de sécurité sociale et de complémentaire santé pour les étudiant-e-s, notre troisième mission est la prévention. Fondée sur notre approche globale et positive de la santé (en accord avec la définition de l'OMS qui stipule que la santé est un « état complet de bien être physique, psychique et social »), notre démarche de prévention et d'éducation des jeunes à la santé nous apparaît comme un puissant facteur d'accès aux soins : c'est par la prévention que commence l'accès des étudiant-e-s à la santé et au système de santé.

L'accès aux soins de tous les étudiant-e-s revêt un véritable enjeu de santé publique puisque c'est cet accès qui conditionne le rapport des étudiant-e-s à leur santé et leur autonomie pour gérer leur propre santé. En effet, les freins à l'autonomie sanitaire des étudiant-e-s sont autant de répercussions sanitaires possibles sur leur santé tout au long de leur vie. Les étudiant-e-s ne sont ainsi pas forcément en moins bonne santé que durant les années précédente, mais leur renoncement aux soins croissant fait que leurs affections sont traitées plus tardivement, nécessitent plus de soins et peuvent entraîner des conséquences autrement plus graves.

Etat des lieux et approche genrée de l'accès aux soins des étudiant-e-s

Les résultats de la troisième Enquête Nationale sur la Santé des Etudiants traduisent des différences sexuées concernant l'accès aux soins, le recours à une complémentaire santé, mais également la relation au corps et à la santé en général.

Globalement, les étudiant-e-s se déclarent en bonne santé, à 82%, malgré un sentiment général de dégradation par rapport aux années précédentes. Les femmes se déclarent quant à elles en moins bonne santé que les hommes (79% contre 87%).

Alors que plus d'1 étudiant-e-s sur 5 n'est pas couvert par une complémentaire santé, il apparaît par ailleurs que les femmes souscrivent davantage (à 73%) que les hommes (64%).

Concernant les consultations médicales, alors que les étudiant-e-s sont 88% à avoir consulté lors des 12 derniers mois précédent l'enquête, les femmes sont légèrement plus nombreuses à l'avoir fait (91%). 43% d'entre elles ont par ailleurs consulté un gynécologue et l'on constate un lien indéniable entre les revenus mensuels, la souscription d'une complémentaire et le recours à des soins gynécologiques (celles qui consultent le plus ont en moyenne plus de 600€ de revenus par mois et bénéficient d'une couverture complémentaire. D'autre part, ce sont celles qui consultent le plus les généralistes qui ont également recours à des gynécologues.

En outre, les femmes sont également plus nombreuses, à la fois à déclarer avoir renoncé à une consultation médicale ou des soins (le plus souvent faute de moyens suffisants), et à pratiquer l'automédication (à 96% contre 92% chez la moyenne des étudiant-e-s).

Si l'on s'en tient à une approche spécifiquement genrée de notre expertise en terme d'accès aux soins des étudiant-e-s, il apparaît que parmi les répondants, les femmes ont un souci plus important de prendre en main leur santé, notamment sexuelle.

Cependant, il y a une véritable nécessité de dépasser une approche sexuée dans la perspective de l'accès aux soins des étudiant-e-s-e-s.

Il y a certes une pertinence d'une approche quasi-scientifique et de terrain genrée de la santé et de l'accès aux soins. Pour les questions de nutrition, notamment, notre enquête révèle un rapport au corps et à la perception de soi-même beaucoup plus complexe chez les femmes (qui ont beaucoup tendance à se trouver trop grosses avec un IMC normal ou à pratiquer des régimes).

Concernant la sexualité, il apparaît très clair que les filles et les garçons n'ont pas la même approche des choses : les murs d'expression que nous réalisons dans les lycées sur la thématique de la sexualité nous révèlent par exemple que les garçons se focalisent davantage sur les pratiques et les stéréotypes sexués – et sexistes ! – alors que les filles appréhendent davantage l'aspect psychologique des relations sexuelles.

Néanmoins, en ce qui concerne les étudiant-e-s, même si l'approche peut être spécifique, et doit l'être selon les problématiques abordées pour être pertinente, nous ne plaçons pas pour une politique de santé publique genrée. Si les rapports au corps ou même à la santé dans une perspective générale, par exemple, sont différenciés, il n'y a pas de nécessité de mettre en place une politique de santé publique elle aussi différenciée. À l'heure où la prévention représente à peine 2% des investissements de santé publique, cela semble beaucoup trop faible pour se permettre de ne pas envisager une approche globale de la question de l'égalité dans l'éducation à la santé et aux bonnes pratiques dans une perspective d'accès aux soins de tous les étudiant-e-s.

Il y a une véritable urgence à ce que les pouvoirs publics prennent en compte les étudiant-e-s en tant que véritables acteurs de leur santé (et également de leur santé sexuelle), et la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes doit également se faire dans ce cadre particulier qu'est la santé.

À titre d'exemple, les problématiques de santé sexuelle et de contraception ne doivent pas rester des soucis spécifiquement féminins et identifiés comme tel à échelle de la société, mais devenir des préoccupations communes aux deux sexes.

Santé sexuelle des étudiant-e-s

Concernant la santé sexuelle, nous pouvons identifier deux aspects.

En ce qui concerne les risques de contamination IST/VIH, notre enquête a révélé une stricte égalité de genre dans l'approche des étudiant-e-s de cette problématique. Sans distinction de sexe, ils sont 4/5 à utiliser un préservatif avec un nouveau partenaire, et près de la moitié à avoir déjà eu recours à un dépistage. Les étudiant-e-s sont sur ce thème globalement bien informés sur le VIH et adoptent communément des comportements responsables.

Néanmoins, l'aspect contraception soulève de véritables interrogations sur une approche genrée de la question, puisqu'elle est prise en charge quasi exclusivement par les jeunes femmes, avec un monopole de la pilule (utilisée à 76% par les étudiant-e-s, avec ou sans préservatif). Or, il apparaît que ce mode de contraception, plébiscité par les médecins et gynécologues pour les jeunes femmes ne leur convient pas, étant donné que 43% des étudiant-e-s ont déjà eu recours à une contraception d'urgence et qu'1 IVG sur 2 concerne une jeune femme de moins de 25 ans, en France.

Cette interrogation sur la pertinence du monopole de la pilule contraceptive est par ailleurs renforcée par l'annonce récente du déremboursement de la pilule de 3ème génération (qui concerne 2/3 des étudiant-e-s qui utilisent la pilule comme mode de contraception) à la rentrée 2013. À l'heure où le service médical rendu par la pilule 3ème génération est considéré par la Haute Autorité de la Santé comme insuffisant, et où des risques de thromboses veineuses qui mettent en danger la vie des patientes sont avérés, nous nous interrogeons sérieusement sur la pertinence de dérembourser un médicament, massivement prescrit aux jeunes femmes par les professionnel-le-s de santé, plutôt que de simplement le retirer du marché. Outre les risques pour la santé, une telle décision pourrait entraîner un risque massif de rupture contraceptive chez les jeunes femmes qui considèrent à plus de 34% le manque de moyens financiers comme un frein à l'acquisition d'une contraception.

Il est fondamental de veiller à véhiculer l'idée que la pilule n'est pas le seul moyen contraceptif envisageable et que le meilleur est celui que l'on choisit. Mais cela nécessite une politique d'envergure, de prévention auprès des jeunes, mais également de formation auprès des professionnel-le-s de santé (qui expliquent encore aux jeunes femmes qu'elles ne peuvent avoir de stérilet sans avoir eu d'enfants ou que fumer est contradictoire avec la prise d'un contraceptif).

Au-delà, le véritable enjeu est la responsabilisation des deux partenaires autour de la question de la contraception. A ce titre la LMDE permet depuis cette années à tous ses adhérent-e-s, hommes et femmes, de bénéficier du remboursement pour la contraception d'urgence ou le recours à un test de grossesse, afin que tous s'impliquent également dans la contraception. Cette implication des hommes dans ce champ passe en première instance par l'éducation aux sexualités et à la santé sexuelle qui se doit de déconstruire les clichés et mécanismes de domination en place.

Mais, au-delà, il faut appréhender les choses sous un angle différent. La « contraception » est une thématique assimilée par essence aux femmes, et il faut déconstruire cette idée, pourquoi pas en abordant cette thématique sous une terminologie différente en parlant de « sexualité » qui concerne tout le monde plutôt que de « contraception » qui est globalement envisagée comme n'intéressant que les femmes.

Les préconisations de la LMDE

La LMDE salue l'initiative de la Région dans son rapport santé d'investir dans la prévention à destination des jeunes et des étudiant-e-s ainsi que de favoriser de l'accès aux soins tous. C'est également par là que passera la promotion de l'égalité entre les étudiant-e-s. Les initiatives déjà en place, à l'image du dispositif d'aide à l'accès à une complémentaire santé pour les étudiant-e-s boursiers ou le développement du pass contraception depuis 2010 font de la Région Ile-de-France l'une des plus avancées en terme d'accès aux soins, mais aussi de prévention (les deux étant intrinsèquement liés), à destination des jeunes et des étudiant-e-s.

Cela dit, à l'heure où notre société, et donc les jeunes, sont perméables aux stéréotypes sexistes en vigueur et où le renoncement aux soins et les inégalités de santé n'ont jamais été aussi prégnantes dans le milieu étudiant-e-s, il est fondamental d'aller plus loin et de renforcer ces premières initiatives qui vont dans le bon sens au sein d'une politique de santé publique ambitieuse qui met l'égalité au cœur de ses priorités.

- Education aux sexualités et au respect mutuel dès le lycée

Dans le cadre de la loi du 4 juillet 2001, il est fondamental que la Région investisse le champ de l'éducation aux sexualités, particulièrement à destination des adolescent-e-s, afin d'associer les deux sexes au débat, développer leurs points de vue et les confronter afin de

déconstruire les stéréotypes sexistes mais également l'idée reçue selon laquelle la santé sexuelle est la responsabilité et l'affaire des femmes.

- Association des deux sexes au développement des initiatives qui concernent la contraception

Le Pass contraception, notamment, est conçu mais également appréhendé par les jeunes comme une initiative qui concerne prioritairement (exclusivement ?) les jeunes femmes. Il est important que les hommes puissent se saisir de cet enjeu là et qu'il ne reste pas uniquement à la charge des femmes, et cela passe aussi par leur permettre de s'impliquer sur cette question. Sur ce plan, une approche et une communication différentes, sous l'angle de la sexualité plutôt que celui de la contraception peuvent être envisagées

- Un meilleur financement des centres de santé universitaires (pour l'accès aux soins de tous, dans un cadre appliquant des tarifs de secteur 1 et le tiers payant), mais également le développement de l'accès aux soins gynécologiques dans ces centres et dans les médecines préventives universitaires, les étudiant-e-s ayant recours aux soins gynécologiques étant encore très peu nombreuses (43%).

- Une véritable mission de formation, à la fois des professionnel-le-s de santé et des étudiant-e-s en médecine.

Il est fondamental que les professionnel-le-s de santé soient formés sur ces questions (les prescriptions de pilule à 76% ne sortent pas de nulle part !) et en mesure de conseiller au mieux les étudiant-e-s-e-s sur un mode de contraception adapté. Au delà, une sensibilisation à l'égalité dès les études de médecine à échelle de la région est aussi un bon moyen de lutter dès le départ contre les stéréotypes que véhiculent et appliquent parfois les professionnel-le-s de santé.

- Une mission d'éducation à la santé, de prévention et de promotion de la santé des jeunes franciliens.

C'est par la prévention auprès du plus grand nombre, et par la transmission des bonnes pratiques et la responsabilisation des jeunes que commence l'accès aux soins

- L'élargissement de l'aide du dispositif d'aide à l'acquisition à une complémentaire santé (chèque santé) aux étudiant-e-s non-boursiers, tandis que plus d'1 étudiant-e sur 5 n'est pas couvert par une complémentaire santé, et que plus d'1/3 renonce à des soins faute de moyens. Cela a aussi un impact concret sur la santé des jeunes femmes, puisque les consultations auprès de spécialistes – notamment gynécologues – sont les premières auxquelles les étudiant-e-s renoncent faute de moyens.

LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS POUR LES FEMMES EN SITUATION DE HANDICAP

Maudy Piot

Femmes pour le Dire, Femmes pour Agir (FDFA)

Les préconisations de FDFA

- Adaptation des locaux des cabinets médicaux, hôpitaux, centres de santé dans le sens de l'accessibilité aux personnes en situation de handicap
- Adaptation du matériel d'examen et de soin
- Formation des personnels soignant-e-s au respect des femmes en situation de handicap
- Formation des personnels soignant-e-s aux différents types de handicap
- Invention de nouvelles façons de soigner, adaptées à la diversité des situations

LES BESOINS CONCERNANT L'OFFRE D'IVG EN ILE-DE-FRANCE

Martine Hatchuel

Sophie Gaudu

Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception (ANCIC)

En tant que coprésidente de l'ANCIC, association fondée en 1979 regroupant des professionnel-le-s de santé travaillant dans le domaine de la planification et l'Interruption de grossesse, je voudrais insister sur 3 points :

- OUI la question de l'avortement reste une problématique de genre interrogeant l'égalité femme-homme.

La planification et l'avortement, ou l'orthogénie, quel que soit le nom, c'est « l'ensemble des méthodes de planification et de régulation des naissances appliquées au niveau du couple ». Il est temps de reconnaître que cela concerne les femmes comme les hommes. C'est une spécialité à part entière, qui requiert l'expérience de professionnel-le-s expérimentés, et la transmission de ce savoir pour les générations à venir.

Pourtant les femmes doivent encore se battre, 35 ans après le vote de la loi Veil, pour avorter dans les conditions qu'elles souhaitent. Doit-on se battre pour être soigné pour une Hypertension, un diabète, un infarctus ? Pourquoi s'agit-il encore d'un combat pour une femme d'avoir une IVG ?

Parce qu'il ne s'agit pas d'un domaine de santé comme

les autres. Le droit à l'avortement interroge notre société : la liberté d'avorter, le choix des femmes dans la maîtrise de leur reproduction concerne la santé génésique et sexuelle. Cette liberté remet en question une société masculine ou les décisions n'appartiennent pas encore aux femmes.

- Deuxième point : comme l'a bien dit Sophie Gaudu, l'offre de soins en matière d'IVG doit être amélioré quantitativement. Mais je voudrais insister sur la QUALITÉ des soins lors des IVG, qui est tout aussi fondamentale :

- Nous demandons, car nous en avons l'expérience, des centres IVG avec du personnel dédié et formé, regroupant dans la même unité les activités de contraception et d'IVG. Ces structures d'accueil participent à la bientraitance des femmes, par leur accompagnement de qualité. Comment accepter que les femmes venant pour une IVG soient contraintes de patienter dans la même salle d'attente qu'une femme venant pour un accouchement ou une PMA ? Comment ne pas prendre en compte que pour les « IVG à répétition », sujet décrié par le personnel de santé, il s'agisse dans un tiers des cas, de

femmes qui ont subi des violences ? La connaissance de ces données est indispensable pour un accompagnement de qualité.

- Le choix de la méthode d'IVG doit appartenir aux femmes : IVG par méthode médicamenteuse, avec ou sans hospitalisation, IVG par aspiration sous anesthésie locale ou générale. Le glissement que l'on observe dans les chiffres vers l'IVG médicamenteuse doit vraiment être le choix des femmes, et non celui d'impératifs économiques. On pourrait, par exemple, inciter les femmes à une IVG médicamenteuse hors hôpital pour laisser les lits d'hôpital à une activité plus rentable... L'offre de soins en matière d'IVG, c'est aussi le choix réel et éclairé de la méthode d'IVG par les femmes.

- Dans les établissements de santé, les moyens dédiés à l'activité d'IVG sont souvent détournés et deviennent des variables d'ajustement dans des budgets de santé en souffrance. La sous-tarification de l'acte d'IVG contribue clairement à faire préférer à un directeur d'hôpital d'autres actes plus rentables. Nous devons donc avoir un acte IVG tarifé à son coût réel pour rendre enfin l'activité IVG visible et non coupable.

Les préconisations de l'ANCIC

- Organisation et financement de réunions interprofessionnelles de structures réalisant les IVG en Ile-de-France afin d'échanger sur les pratiques. Pourquoi pas un financement de formations à l'IVG sous anesthésie locale, par le personnel formé de l'ANCIC, avec le CDROM "IVG sous anesthésie locale" financé par le Conseil Régional. (De même que REVHO forme sur l'IVG Médicamenteuse)

- Le Pass contraception, qui est une belle réalisation de la Région, doit être amélioré par une diffusion plus large : création d'un maillage en réseau, autour des CPEF (Centre de Planification et d'Education Familiale), avec les professionnel-le-s de santé formés à la pratique de la contraception (médecins, infirmières, SF, pharmaciens, CCF)

- Développer un annuaire à jour des structures IVG contraception en Ile-de-France, et le diffuser largement auprès des médecins (site web ou lien).

- Aide à la formation des médecins de ville à l'accueil IVG, et à la diffusion des infos IVG sur les 3 méthodes.

- Bien sûr maintenir la politique actuelle de financement de structures dédiées à l'IVG pour leur extension, création ou acquisition d'échographes. Mais de plus, nous souhaiterions l'établissement d'une espèce de « Veille » par les élu-e-s des menaces qui pèsent sur ces struc-

tures IVG lors des restructurations, déménagement d'hôpitaux, ou créations de nouveaux services.

Ainsi de nombreux exemples peuvent être donnés :

- Port Royal : on a oublié le centre d'IVG dans les nouveaux plans...il a donc fallu récupérer des locaux administratifs et improviser un circuit inadapté pour les femmes

- Saint Nazaire : l'hôpital a déménagé en oubliant son Centre d'IVG

- Orléans : le départ à la retraite et la maladie de deux médecins a fait fermer le centre IVG. Depuis rien n'existe sauf une convention avec le CIVG de Blois. Pratique pour les femmes...

Nous proposons que les élu-e-s se manifestent par un engagement fort auprès des citoyens pour exiger des structures IVG dignes de ce nom sur leur territoire. Ceci participe aussi à la visibilité de l'offre de soins en matière d'IVG.

Clôture

Djeneba Keita

**Présidente du
Centre Hubertine Auclert**



Chèr-e-s ami-e-s,

Je vous remercie d'avoir été présents et présentes cet après-midi. Votre implication et vos préconisations vont réellement alimenter notre réflexion dans la mise en place du plan d'action régional en faveur de l'égalité femmes-hommes. Je le dis tant comme conseillère régionale d'Ile-de-France, à l'écoute des franciliens et franciliennes, que comme présidente du Centre Hubertine Auclert.

En effet, le Centre Hubertine Auclert est un véritable laboratoire d'analyse et d'accompagnement des projets relatifs à l'égalité femmes-hommes. A l'image de ce séminaire, il est à votre disposition tout autant qu'il est à l'origine d'actions destinées à promouvoir une culture de l'égalité. N'hésitez donc pas à le solliciter !

Nous l'avons vu au cours des précédentes tables-rondes, la question du genre dans les politiques publiques de santé est une notion essentielle. Elle traduit notre rapport au corps et a fortiori le rapport de la société vis-à-vis du corps des femmes.

Et si le corps a été libéré depuis les années 70, il faut désormais s'employer à le protéger et le préserver. D'autant plus à un moment crucial de l'histoire politique de notre pays. Les débats à propos de la loi sur le mariage pour tous renvoient nécessairement aux considérations qui entourent déjà le mariage hétérosexuel. J'entends par là les rapports de domination à l'œuvre et le rôle dévolu au corps des femmes. Bientôt, les questions de la PMA ou de la GPA reviendront sur le devant de la scène. Elles interrogeront en profondeur nos schémas de pensée et il n'existera pas de réponse unique. Stimulantes, ces interrogations n'en auront pas moins des conséquences importantes sur le statut du corps des femmes et leurs droits.

Les questions de santé ne peuvent donc pas être prises à la légère, et la question des inégalités liées au

sexe systématiquement intégrées dans nos réflexions sur ce sujet. C'est ce à quoi le Centre Hubertine Auclert s'emploie auprès de la Région Ile-de-France. Car deux regards vigilants ne sont pas de trop sur les problématiques qui nous rassemblent au cours de ces différents séminaires.

Je vous donne donc rendez-vous ici-même le 27 novembre prochain pour une nouvelle après-midi de concertation sur les violences faites aux femmes et les réponses qu'apporte et devra apporter la Région dans son plan d'action régional.

Le **Centre Hubertine Auclert** - centre francilien de ressources pour l'égalité femmes-hommes - est un espace d'information et d'expertise dont l'objectif est de promouvoir une culture de l'égalité entre femmes et hommes.

Créé sous forme associative à l'initiative du Conseil régional d'Île-de-France, ce centre de ressources est le résultat d'un processus de concertation avec les partenaires associatifs franciliens. Composé de quatre collèges (Région Île-de-France, autres institutions, associatif, syndical), il rassemble aujourd'hui 94 membres dont 83 associations, 6 syndicats et 5 collectivités locales.

Avec l'ensemble de ses membres, le Centre Hubertine Auclert contribue à la lutte contre les inégalités et les discriminations fondées sur le sexe et le genre.

Ses missions se déclinent en quatre pôles : information, formation, mutualisation et valorisation. Elles permettent à tout type d'acteurs, des lycéennes et lycéens aux associations de quartier en passant par les collectivités locales et le grand public, de trouver les ressources utiles à la poursuite de tout projet ou de toute démarche en faveur de l'égalité.

Espace physique et numérique, le Centre Hubertine Auclert est installé au 7, impasse Milord dans le 18^e arrondissement de Paris ; ses missions se déclinent sur internet à travers son portail : www.centre-hubertine-auclert.fr

L'équipe permanente du Centre Hubertine Auclert est composée de cinq personnes :

Mélanie Gratacos

Directrice

melanie.gratacos@hubertine.fr / t. 01 75 00 04 41

Amandine Berton-Schmitt

Chargée de mission éducation

amandine.berton-schmitt@hubertine.fr / t. 01 75 00 04 42

Thibault Di Maria

Communication

thibault.dimaria@hubertine.fr / t. 01 75 00 04 44

Martine Noël

Chargée de mission documentation, information

martine.noel@hubertine.fr / t. 01 75 00 04 40

Clémence Pajot

Chargée de mission aide au montage de projet

clemence.pajot@hubertine.fr / t. 0033 01 75 00 04 43

centre
hubertine
auclert

Centre francilien de ressources
pour l'égalité femmes hommes

 **île de France**