

« Questionner les rapports de pouvoir entre masculin et féminin »

Entretien avec Carine Favier,

médecin, responsable du programme « Genre et santé sexuelle », membre du conseil d'administration de la Confédération nationale du planning familial, Paris.

La Santé en action : **Quel bilan pouvez-vous dresser du programme « Genre et santé sexuelle » du Planning ?**

Carine Favier : Ce programme est né, en 1998, du constat que les femmes étaient peu prises en compte dans l'épidémie de virus de l'immunodéficience humaine (VIH) du sida. Il a consisté en la mise en place de groupes de parole, de formations de professionnels. Nous nous sommes rendu compte que les

questions ne se posaient pas seulement sur le plan médical, mais que l'important, c'était de prendre en considération la sexualité dans son ensemble, les rapports de domination dans les couples, les sexualités. Nous avons adhéré à la définition de la santé sexuelle telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et qui prend en compte cette

Cela a amené le Planning à se positionner plus généralement sur les questions de sexualité

et de société, au-delà de l'approche individuelle, en prenant en compte les discriminations. Ainsi, dans nos actions, les personnes prennent conscience que les situations et vécus individuels s'inscrivent dans un contexte collectif et sociétal. Avec la santé sexuelle, nous avons la possibilité de dépasser une approche de « réduction des risques » et d'aborder d'autres questions, comme les rapports de genre, de nous adresser à d'autres publics. Je pense notamment aux accueils de personnes trans au Planning et également aux hommes en général, même si notre public reste largement féminin. L'idée que de nouveaux publics soient légitimes au planning, même s'ils restent minoritaires, s'appuie sur cette prise en compte de la question des identités de genre. Cela a aussi permis d'aborder les questions du genre dans l'épidémie de VIH, de l'exposition différente des femmes pour des raisons de rapports de pouvoir, de précarité. Et cela n'était pas évident au départ.

S. A. : **Comment définissez-vous la notion de genre au Planning ?**

C. F. : C'est un terme compliqué à utiliser dans l'action militante. Ce que l'on essaye de faire, c'est d'abord de rompre avec l'explication biologique d'une différence femmes-hommes. On s'efforce de travailler concrètement là-dessus en formation. Mais il y a aussi la question des rapports sociaux tels qu'ils sont construits. Le genre n'est pas une question que l'on pose de manière ponctuelle (une « séquence genre » dans une formation). Ce sont des lunettes qui mettent en relief qu'être un homme ou être une femme, ou ne pas se définir comme tel, c'est

un point qu'il faut toujours avoir à l'esprit. Ainsi en est-il par exemple si l'on parle contraception : quelle est la place des hommes, quelle est la place des femmes ? Etc. Sur tous les sujets, parler de genre, c'est se poser des questions sur les rapports de pouvoir entre masculin et féminin, sur les liens entre le sexisme et les questions liées à l'identité de genre ou à l'orientation sexuelle. Qu'est-ce qui fait qu'au fond, il y a une norme principale de l'homme hétérosexuel blanc qui a le pouvoir, et qu'à partir de cette représentation, des hiérarchies se définissent par rapport à cette norme ? Cette réflexion a contribué à changer notre regard, y compris sur les hommes, par exemple les auteurs de violence. Aujourd'hui, on commence à travailler avec ces hommes, sur leur relation à la violence, au pouvoir, et c'est un enjeu important d'aborder avec les garçons leurs représentations de ce qu'est un homme.

S. A. : **Pourquoi l'approche par le genre est-elle à prendre en compte dans toute démarche de promotion de la santé ?**

C. F. : Bien sûr, le fait de prendre en compte la question du genre – et ainsi sortir du médical, de l'approche par les risques – est une démarche de promotion de la santé. C'est une approche de reconnaissance de la personne, de valorisation de son bien-être, qui consiste à mettre en relief les conditions pour exercer ses droits. En promotion de la santé, la question des droits est très importante. S'appropriation l'information permet de faire valoir ses droits, pour être libre de pouvoir faire ses propres choix. C'est de la promotion de la santé.

L'ESSENTIEL

► **Figure du féminisme, militante au Planning familial et également médecin au service des maladies infectieuses et tropicales du centre hospitalier universitaire (CHU) de Montpellier, Carine Favier a participé au Planning, à la mise en place du programme « Genre et santé sexuelle », réaffirmant notamment l'intérêt de ce réseau pour une réflexion globale sur les discriminations liées au genre et à la sexualité, qu'elles soient vécues par des femmes, des homosexuels ou des personnes trans.**

► **Elle alerte sur la nécessité de combattre collectivement les discriminations, à commencer par celles liées au genre.**

S. A. : Sur quelles thématiques en lien avec l'actualité convient-il d'être vigilant face à ces questions de genre et de droits ?

C. F. : Les questions de la contraception et de l'IVG [interruption volontaire de grossesse] demeurent, car c'est un combat qui n'est jamais terminé, même s'il y a eu des modifications législatives récentes qui allaient dans le bon sens. Pour nous, la question de l'accès à la contraception et à l'IVG pour les mineures est par exemple très importante. De même, l'éducation à la sexualité ; en effet, il est essentiel que la loi soit appliquée, car ce n'est toujours pas le cas, et de nombreux rapports récents incluant des recommandations vont dans le même sens. L'on ne peut pas accompagner les jeunes à se construire une manière positive de vivre leur sexualité si l'on ne dispose pas pour ce faire de lieux d'information et d'échanges appropriés ; en effet, il faut travailler sur les émotions avec les jeunes, au-delà de la sexualité dans son aspect « technique ». En outre, les personnes doivent pouvoir disposer des outils adéquats pour faire leurs choix ; il convient donc de fournir aux jeunes des listes de ressources afin que chacun, quelle que soit sa sexualité, trouve une réponse. Enfin, il y a les enjeux liés à la sexualité des personnes en situation de handicap qu'il convient impérativement de prendre en compte : là encore, c'est une question d'accès aux droits.

S. A. : Quelles sont les implications, dans votre vie professionnelle, de votre statut de médecin et féministe ?

C. F. : Dans ma pratique hospitalière, je dirais que cela concerne d'abord la perception des rapports de genre, ou de l'identité de genre et de l'orientation sexuelle. Et je pense qu'échanger avec les gens des ressorts communs du sexisme et de l'homophobie, des discriminations qu'ils ou elles vivent, c'est important. En discutant, on établit des liens entre ces situations, on peut rompre l'isolement de personnes discriminées, parce que femmes ou parce qu'homosexuel.le.s, en leur disant : « *Les discriminations que vous vivez en tant qu'homosexuel, les trans, les femmes les vivent aussi, même s'il y a des différences.* » J'ai dans un premier temps milité au Mouvement

pour la liberté de l'avortement et de la contraception (Mlac), puis j'ai adhéré au Planning par le biais de la thématique du VIH-sida. Il y a beaucoup à gagner de croiser ces combats. En tant que professionnels, nous devons expliquer aux personnes que nous accompagnons que les discriminations ne sont pas uniquement leur affaire personnelle, qu'elles sont partagées et qu'il faut les combattre collectivement. Il faut permettre aux personnes d'inscrire leur histoire dans une dimension plus collective. Elles comprennent alors que ce n'est pas seulement leur comportement qui les expose au risque (par exemple pour le sida), mais aussi les discriminations dont elles sont victimes.

S. A. : Les professionnels des domaines de la santé et du social sont-ils assez formés sur le genre ?

C. F. : La formation initiale ne doit pas être que médicale, c'est une certitude. Nous y travaillons au Planning, en collaborant avec les médecins généralistes. Il faut expliquer comment une approche non médicale peut compléter une approche médicale. Les médecins doivent travailler avec d'autres personnes, dans des espaces d'analyse des pratiques, de formation. Les étudiantes en médecine qui font leur stage au Planning témoignent que ça change complètement leur façon de travailler. Il faut décloisonner le médical et le non médical pour parler du genre et des discriminations. S'il peut y avoir la nécessité de lieux spécifiques, comme des centres de santé communautaires, cette approche de décloisonnement doit être proposée dans toutes les structures, et pas seulement dans le cadre d'expériences innovantes isolées. L'approche combinée médicale et non médicale, pluridisciplinaire doit être proposée pour tout le monde, car il convient d'améliorer la prise en charge partout. Il faut que les pratiques expérimentées dans des espaces pilotes soient mises en œuvre par exemple pour améliorer l'accompagnement dans les lieux généralistes comme les CPEF (Centres de planification et d'éducation familiale). C'est important que des gens qui sont militants, qui réfléchissent à leurs pratiques, permettent à celles-ci de s'exporter largement.

S. A. : Quelles résistances identifiez-vous, sur les questions que traite le Planning autour du genre, de l'IVG ?

C. F. : Sur l'IVG, c'est très clair. Il y a une pression sur les femmes pour les faire « réfléchir » sur l'avortement : certains médecins les culpabilisent vis-à-vis de cette décision, les considérant inaptes à faire leur choix : une double clause de conscience existe sur l'IVG², et on n'arrive pas à avancer sur ce point, même avec la dernière loi santé (loi du 26 janvier 2016). Il y a donc un climat de culpabilisation, qui est plus fort ces dernières années. On constate aussi un soutien, même discret, de certains médecins aux mouvements anti-choix. Et au-delà du soutien direct, il y a l'autocensure, notamment du côté des politiques. Certains ont peur de soutenir un projet qui parle d'une approche sur le genre, pensant que tel ou tel groupe d'opposition de droite ou d'extrême droite pourrait monter au créneau, comme après les mobilisations contre les ABCD de l'égalité³. Et cela a de lourdes conséquences : dans ce cas, il n'y a même pas de débat, on n'attend même pas la réaction des opposants. Cette frilosité paralyse l'innovation, et lorsqu'on s'autocensure, les mouvements extrêmes gagnent. Nous devons donc maintenir la plus grande vigilance pour que les droits des personnes soient respectés. ■

Propos recueillis par Arthur Vuattoux, docteur en sociologie, chercheur, chargé d'études et de recherche contractuel à l'Institut national jeunesse et éducation populaire.

1. Selon l'OMS, « la santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. » En ligne : http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
2. Une clause de conscience spécifique à l'IVG, en plus de la clause de conscience existant déjà pour les médecins et les sages-femmes sur d'autres actes médicaux.
3. Programme d'enseignement en écoles maternelle et élémentaire, expérimenté à partir de 2013 pour lutter contre le sexisme et les stéréotypes de genre, abandonné en 2014 suite à d'intenses polémiques, puis remplacé par la création d'un site Internet proposant des ressources en ligne afin d'accompagner les enseignants, les parents d'élèves et les acteurs de la communauté éducative. En ligne : <https://www.reseau-canope.fr/actualites/actualite/outils-pour-legalite-entre-les-filles-et-les-garcons-a-lecole-un-nouveau-site-a-decouvrir.html>