

# Une médecine féministe. Entretien avec Emmanuelle Piet

Armelle Andro, Christelle Hamel

DANS NOUVELLES QUESTIONS FÉMINISTES 2010/3 Vol. 29 , PAGES 92 À 101  
ÉDITIONS ÉDITIONS ANTIPODES

ISSN 0248-4951

ISBN 9782889010400

DOI 10.3917/nqf.293.0092

Date de mise en ligne : 23/07/2015

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2010-3-page-92?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Éditions Antipodes.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# Parcours

## Une médecine féministe Entretien avec Emmanuelle Piet

Par Armelle Andro et Christelle Hamel

*Médecin de protection materno-infantile depuis trente ans, Emmanuelle Piet coordonne, dans le département de la Seine-Saint-Denis en France, les 122 centres de planification familiale qui maillent le territoire de ce département. Militante du Mouvement français pour le planning familial, elle œuvre, depuis le milieu des années 1970, pour la santé sexuelle et reproductive des femmes. Présidente du «Collectif féministe contre le viol», elle est l'une des actrices de la lutte pour la reconnaissance de la réalité des violences sexuelles en France et de la construction de la prise en charge des femmes et des enfants ayant subi ces violences. Elle est à l'initiative de la mise en place de l'observatoire départemental des violences envers les femmes de Seine-Saint-Denis, un espace d'échanges, de réflexion et un outil de recensement et d'action unique en France. Dans ce cadre, elle a coordonné plusieurs campagnes de prévention particulièrement marquantes, notamment contre les violences sexuelles, contre l'excision et les mariages forcés.*

*Dans cet entretien, elle nous raconte sa trajectoire de médecin des femmes et de militante de leurs droits. Elle fait partie de celles dont l'engagement féministe, les combats politiques et professionnels et la capacité de mobilisation ont largement contribué à transformer le cadre légal de la lutte contre les violences sexuelles et à penser les bases d'une médecine au service de la vie sexuelle et reproductive des femmes. Elle est de plus une inlassable passeuse à la fois enthousiaste et soucieuse devant les enjeux de l'éducation, de la formation et plus largement, de la transmission.*

Peux-tu nous parler de ta trajectoire professionnelle et militante qui t'a amenée aujourd'hui à coordonner les centres de planification familiale de la Seine-Saint-Denis ?

Dès le début de ma trajectoire j'ai eu un engagement féministe. Le droit des femmes a toujours été une préoccupation dans ma vie. Quand je regarde mes photos de classe en 3<sup>e</sup> année, il y a déjà écrit : «À ma petite copine, dangereuse féministe». À l'époque [dans les années 1970], les droits des femmes passaient avant tout par la libre disposition de leur corps, donc par la contraception, l'avortement. C'est ce qui m'a motivée à faire médecine et à me consacrer à la planification familiale. Mon boulot s'est construit sur mon engagement féministe. À la fin de mes études en 1976, j'ai commencé à travailler dans un centre de planification familiale en Seine-Saint-Denis et j'ai adhéré au Mouvement français pour le planning familial, qui existait depuis 1966. À cette période, dans les consultations, les femmes nous racontaient fréquemment et souvent avec émotion comment elles s'étaient avortées : les petites cuillères, les tringles à rideaux, des trucs inimaginables. Et là, tout changeait : en 1975, l'avortement a été «libéralisé», partiellement en tous les cas, ce qui rendait les centres de planification légitimes et accessibles. Ces derniers se sont développés alors à partir de cette période et c'est devenu mon boulot. Dans le département de la Seine-Saint-Denis, dans lequel je travaille toujours, nous avons créé peu à peu les 122 centres de planification familiale que je coordonne actuellement. C'est le fruit d'une volonté politique forte : ça représente plus du dixième des centres de planification en France. Pour les femmes, c'est une voie d'accès essentielle à la contraception et à l'avortement. Maintenant, on y pratique aussi l'avortement médicamenteux : actuellement, 40 centres sur les 122 le proposent. Nous avons été les premières à le faire dans ce département et chaque année nous en pratiquons près de 1000 et ça fonctionne bien.

Et puis, dans le même temps, on a commencé à aborder la question des violences, c'était incontournable. On était là pour prescrire la contraception, bien sûr. Mais parfois, on se retrouvait face à des situations où l'usagère ne tolérait aucune pilule par exemple, quel que soit le dosage, elle vomissait. Les collègues pouvaient essayer toutes les solutions, c'était incompréhensible. On est quelques médecins à s'être dit que, dans ces situations, il y avait autre chose qui ne pouvait pas être dit : c'est contraignant de prendre la pilule et si c'est pour subir des relations sexuelles violentes, pour être humiliée à chaque rapport, c'est forcément insupportable... Et puis un jour, dans ma consultation, deux dames, croyant que j'avais une marque de coup sur le visage, m'ont dit «Docteur, vous aussi il vous bat !» et elles m'ont parlé de leur mari. C'est à partir de ce moment-là que j'ai fait entrer les violences dans ma pratique professionnelle.

En 1985, a été créé un collectif, regroupant différentes associations, dont le Planning, à la suite de faits divers terribles où des femmes avaient été violées, sur la voie publique, devant témoins, et personne n'avait rien dit. Dans ce premier groupe de parole, il y avait à l'origine Maya Surdut, Marie-France Casalis, des copines comme ça, des jeunes, des vieilles. Moi j'étais déjà en Seine-Saint-Denis et je montais le Comité départemental de préventions des agressions sexuelles à l'encontre les enfants. Et elles ont

créé le «Collectif féministe contre le viol». Le Collectif a obtenu une subvention du Secrétariat aux droits des femmes pour ouvrir une permanence téléphonique, qui a démarré en mars 1986. La permanence était assurée par des dames qui ne connaissaient rien à la violence, puisque personne ne connaissait rien à la violence. Et on pensait entendre des récits de viols d'inconnus dans la rue. Mais sur les 4000 premiers appels reçus, 2000 venait de professionnels qui nous demandaient ce qu'ils devaient faire et 1000 de filles victimes d'incestes. Et puis une mamie de 84 ans qui disait : «J'ai été violée à 4 ans. J'y ai pensé toute ma vie, je n'ai rien pu dire.» Et puis des femmes qui rappelaient, qui rappelaient... Nous avons vraiment été poussées par les femmes à faire des groupes de parole. Si les victimes se taisent, c'est parce qu'on ne les a pas entendues quand elles ont essayé de parler! Carole Roussopoulos a fait plusieurs films pour le Collectif notamment un film sur l'inceste avec des filles du premier groupe de parole du Collectif en 1985-1987 qui s'appelle *La conspiration des oreilles bouchées*. Ça dit bien ce que ça veut dire : les femmes, elles parlaient, mais personne ne les entendait : «Ce n'est pas qu'on n'a pas parlé, c'est que les autres se sont débrouillés pour ne jamais entendre ce qu'on disait!» Parce que le tabou, ce n'était pas de violer, c'était de dénoncer, de parler. Alors depuis vingt-cinq ans, en Seine-Saint-Denis, on est très actifs sur la prise en charge et la prévention des violences envers les femmes et les enfants. C'est le seul département français qui a créé un «Observatoire départemental des violences». La question des mutilations sexuelles s'est imposée au début des années 1980. Et on voit aujourd'hui que certaines choses évoluent concernant les violences faites aux femmes. Ce qui a bougé formidablement c'est qu'on s'y intéresse, on en parle. Moi, j'ai l'impression d'avoir toujours vu les violences mais, quand j'ai commencé à en parler, j'étais directement cataloguée comme «dangereuse excitée». Et maintenant la lutte contre les violences faites aux femmes est grande cause nationale!

**Concrètement, comment tu intègres la question des violences dans les consultations?**

Souvent, les professionnels ne rentrent pas dans la violence parce qu'ils ont peur que la prise en charge soit longue, difficile ou compliquée. Mais c'est pas vrai, c'est pas compliqué. Ça peut être long, surtout si le problème est très ancré mais souvent, c'est un changement immédiat. En consultation, je pose systématiquement des questions sur le cadre familial et donc sur l'existence des violences. Même si les femmes ne restent pas longtemps, le temps de la consultation, elles n'échappent pas à la question : «Avez-vous subi des violences?» Par cette simple question, on change tout, mais on bascule, c'est vrai, dans un autre univers : plus d'une femme sur quatre dit avoir subi des violences graves. Cette question change radicalement leur vie. Elles sont soulagées d'en parler, de réaliser que c'est ça la source de leur tristesse, de leur douleur au ventre, de leur asthme ou d'autres problèmes. Ça change tout au sens où elles peuvent se mettre en

marche. Une fois, une femme est entrée dans mon bureau, m'a embrassée et m'a remerciée d'avoir changé sa vie. C'était une femme dont je ne me souvenais plus, qui était venue deux fois me voir dix ans auparavant. Lors de la première visite, j'avais simplement inscrit sur le dossier : « prescription de pilule ». La seconde fois, trois mois plus tard, j'avais noté : « pilule » et « mec chiant ». J'imagine que cette fois-là nous avons parlé ensemble du contrôle, ou de je ne sais quoi, et que notre discussion l'a mise en marche. D'avoir quelqu'un en face d'elle qui lui dit : « Mais oui, vous n'avez rien du tout, vous n'y êtes pour rien, c'est un chieur », a probablement été un déclencheur pour elle. Il suffit de pas grand-chose pour aider les femmes et les mettre sur une piste. Parce que quand elles sont engluées dans des relations compliquées, elles ne peuvent pas le voir. Elles ont besoin d'un regard extérieur et, nous, on peut être ce regard.

Lorsque je leur fais part du schème de violence que je repère dans leur récit, les femmes me disent, étonnées : « Vous le connaissez ? On dirait que vous êtes dans ma chambre ! » Je leur réponds que ça me rappelle des choses que j'ai déjà entendues. Je leur explique que ce qu'on sait des agresseurs violents, c'est qu'ils ont exactement toujours le même mode d'action. Je leur montre du reste un descriptif des stratégies de l'agresseur que je garde toujours sur moi. Je leur dis : « Vous voyez, il vous a choisie. Comment vous a-t-il choisie ? Il vous choisit toujours parce que vous êtes plus petite que lui. Parce que vous êtes un peu boudinée, gondolée. Après il vous a isolée. Comment fait-il pour vous isoler ? Il vous interdit de voir la famille. Ensuite, il vous insulte : « Tu es une salope ! » etc. Après, il vous attrape, vous dévalorise, vous humilie. Vous vous trouvez alors trop petite pour répondre. Ensuite, il vous dit que c'est de votre faute, pour n'importe quel prétexte et vous vous sentez coupable. Et vous ne savez jamais quand la violence va arriver. Donc il menace : « Si tu parles, je te tue ! » et personne ne doute alors qu'il est violent. » Quand je leur décris tout ça, je leur donne une photocopie du descriptif. D'abord, elles ne se retrouvent pas dans le portrait, et puis elles me disent : « C'est exactement ça. » Ça leur permet de tout remettre à l'endroit. Ce schème fonctionne avec tous les agresseurs, qu'ils soient violeurs conjugués, pères violeurs, agresseurs de mineurs ou personne dans la rue. Il est très performant : il aide les femmes à penser qu'il y a des stratégies, qu'il y a un mode de faire. J'emploie aussi le schème des violences lorsque je fais des formations.

### L'apprentissage et l'éducation sexuelle font partie de tes activités ?

Bien sûr. En Seine-Saint-Denis, les centres de planification organisent chaque année des séances collectives avec 35 000 jeunes, de 6 à 24 ans, sur des questions autour de la sexualité. La séance collective donne de l'information, elle ne permet toutefois pas la connaissance individuelle de son corps et de sa sexualité. De nos jours, il devrait y avoir un travail individuel régulier sur le corps des filles et des garçons. Les médecins des

plannings sont censés faire ce type de travail. Or, la plupart du temps quand je fais mon petit dessin en consultation les femmes me disent : « On m'a jamais montré ça, je ne savais pas. » La sexualité est quelque chose qui s'apprend. Or, on ne dit jamais ça, notamment aux filles mais même aux garçons. Si les garçons savent qu'ils bandent et qu'ils éjaculent, ils savent aussi qu'ils débangent. Et c'est probablement assez inquiétant pour un garçon de bander le matin sans raison ou de bander dans la rue simplement parce qu'ils ont vu une fille et que ça se voit et que c'est terriblement gênant. On devrait aussi dire aux garçons qu'un vagin, c'est compliqué. Les garçons savent partiellement comment ils fonctionnent mais les filles, elles ne savent souvent vraiment pas comment elles marchent. Elles ne comprennent pas pourquoi leurs partenaires ne parviennent pas à entrer tellement leur vagin est serré. Parce qu'en fait, l'ensemble de leurs pensées éducatives sur ces histoires-là peut se résumer à « serre les cuisses ! ». Elles pensent qu'entre les jambes, elles n'ont rien, c'est fermé, parfois pour de vrai. C'est ce qu'elles ont dans la tête, et donc en vrai, leurs muscles ne fonctionnent pas. Et elles sont toutes serrées. Elles n'ont aucune sensation. Quand elles veulent avoir des rapports, les mecs ne parviennent alors pas à les pénétrer, elles ont mal, ça serre. Or, leurs difficultés peuvent être dépassées par des pratiques éducatives. Le résultat est très spectaculaire. Je fais régulièrement des dessins où je m'aperçois qu'elles ne connaissent pas leurs muscles, qu'elles ne savent pas qu'elles peuvent serrer le zizi. Je leur dis : « Voilà, c'est vos fesses, vos cuisses, votre pubis. Alors ici, on a les poils. Ça c'est votre trou de l'anus, votre trou du vagin, le trou du pipi. » À ce moment-là, il y en a déjà une qui dit : « Ah ouais... » Je poursuis : « Et là, vous avez un petit clitoris, là vous avez les petites lèvres. Et puis les grandes lèvres et des poils. » Je leur explique ensuite qu'elles ont des muscles. Qu'il y a un premier muscle qui tourne autour de l'anus et du vagin et avec lequel on peut pousser. Alors on essaie, on peut. J'enchaîne : « Et puis, on a un autre muscle, tout autour du trou du pipi et qui tourne autour du trou du vagin. On serre, ça ferme. » Je leur explique comment faire des exercices pratiques. Il faut aller faire pipi, puis arrêter, serrer. On s'aperçoit qu'on serre parce qu'on pisse plus. Et si on met le doigt dans le vagin, on voit que ça serre aussi. Et c'est intéressant d'apprendre à les commander ces muscles. Donc si par hasard on avait envie d'être pénétrée et qu'on n'y arrive pas, il faudrait pousser comme elles font. Et à ce moment-là ça rentrerait tout seul. Donc à ce moment-là, on peut faire des exercices. On peut se réapproprier un peu ses muscles. Comprendre quelque chose au « machin ». Et ça marche plutôt bien. Et c'est assez rigolo et elles sortent toutes contentes. On a vraiment à penser sur le corps des filles. Lorsque j'ai commencé comme médecin, j'ai fait des consultations en médecine universitaire auprès des étudiantes et des étudiants. Ce qui était hallucinant c'est que les étudiantes ne savaient pas qu'elles avaient trois trous. La plupart des filles pensent encore de nos jours qu'elles pissent par le vagin. Au fond c'est assez normal puisqu'on ne voit pas le « machin ». C'est extrêmement rare les femmes qui, même en ayant fait des études, pensent qu'elles ont trois trous. Beaucoup de femmes ne savent pas qu'elles ont un clitoris. Elles ne savent rien, elles méconnaissent totalement leur corps, leur anatomie d'une part et leur fonctionnement forcément.

Connaître son anatomie, c'est tout particulièrement important pour les femmes qui ont subi des mutilations sexuelles. À elles aussi, je fais des dessins. Je leur explique que, même si elles sont mutilées, elles ont toujours des fesses, des cuisses, elles ont toujours l'os. Et je touche à ce moment-là : « Ici on a un os. » Je les encourage à ce qu'elles le touchent pour qu'elles voient où il est. Je leur dessine ensuite le trou du vagin, le trou du pipi. Je leur dis que, si elles n'avaient pas été mutilées, elles auraient le clitoris, les petites lèvres et les grandes lèvres. Je leur explique que, à elles, on leur a coupé un bout de ça et puis on leur a coupé ça en général (*Emmanuelle Piet montre le dessin*). Donc le périnée s'est resserré, il y a une partie des nerfs qui a disparu. Je leur explique que le resserrement entraîne la douleur. J'ajoute qu'il y a des petites glandes qui sécrètent du liquide qui ont été coupées et que c'est pour ça que c'est moins lubrifié. Je leur dis qu'on va pouvoir les arranger : d'abord elles vont apprendre à jouer avec leurs muscles. Et puis ensuite, on peut mettre quelque chose à la place des petites glandes, de la crème. Et puis on verra déjà ce que ça améliore. Donc elles vont travailler leurs muscles et leur « machin ». Elles vont comprendre qu'elles peuvent aussi jouer là-dessus. Je leur explique : « C'est un cercle vicieux, parce que si vous n'êtes pas lubrifiée, ça fait comme du papier de verre. C'est désagréable. Donc vous serrez puisque vous avez mal. Donc ça fait encore plus papier de verre. Et donc le rapport sexuel finit par vous faire saigner et est très douloureux. Pour que ça ne soit pas douloureux et si vous voulez avoir un rapport, il faut d'abord que ça glisse à l'entrée donc ça c'est la crème. Et puis aussi il faut que l'entrée soit ouverte, donc faut que tu pousses à l'entrée. Et à ce moment-là c'est moins désagréable. Et ça peut devenir complètement « a-désagréable » c'est-à-dire plus désagréable. Et puis après ça, on va regarder si c'est encore douloureux ou non. » Elles repartent avec le dessin, et on avance.

C'est la même chose pour les règles. Les règles c'est une chose très particulière. Globalement, on n'explique pas vraiment aux femmes ce que c'est et ensuite on leur transmet seulement l'idée que c'est une chose douloureuse. Les médecins leur disent : « Si vous avez mal pendant les règles, c'est normal. » Et le « c'est normal » du médecin veut dire que oui, les règles font mal pour faire mal. Les femmes intègrent qu'elles ont mal. Une femme normale dira qu'elle a mal aux seins, qu'elle a mal pendant les règles, qu'elle accouche en ayant mal, mais que c'est normal puisque c'est une femme. Elles intègrent la douleur dans leur vie. Or, je dis toujours aux femmes que ce n'est absolument pas normal d'avoir mal et que les règles avec la pilule devraient être moins douloureuses, moins longues, moins abondantes et que si ça continue de faire mal, elles doivent venir réclamer pour qu'on trouve une manière de résoudre le problème. En général, elles réclament et on règle le problème avec des hormones. On peut penser autrement la place des règles dans la vie des femmes. On peut également penser que les femmes ne sont pas obligées d'avoir des règles. Si une femme ne désire pas de règles, elle peut prendre la pilule en continu et elle n'aura pas de règles. Là encore avec un schéma, on peut expliquer tout ce qui est possible. Et c'est très rigolo de les voir penser : « Ah, on peut ne pas

avoir ses règles?» «Bah oui.» «Mais on sera pas des vraies femmes!» «Ah bon, vous croyez?» On peut changer les possibles, c'est ce qui m'intéresse. Montrer aux femmes qu'elles peuvent faire des choix.

### La question de la formation a une place importante dans ta démarche?

La formation est un outil crucial pour changer les choses. Je forme les flics, je fais des journées banalisées dans les établissements scolaires, avec des enseignant-e-s, pour que, sur la question des violences, les personnes comprennent les mécanismes et sachent comment intervenir. Cet après-midi par exemple, je vais dans un hôpital former des personnes qui travaillent dans les services des urgences. Nous faisons de la documentation pour aider les gens à comprendre.

Je suis beaucoup plus réticente sur la formation à l'université sur ces questions. C'est un espace de transmission du savoir académique où l'on intellectualise et on se perd souvent en généralités. Dans les diplômes de médecine auxquels je participe de temps en temps, on est dans un univers tellement contraint par ce que j'appelle le scientisme – parce que c'est du scientisme vraiment – qu'on ne peut plus penser. Et si tu veux former, faut que les gens pensent. C'est extrêmement difficile de sortir des formulations formatées. Tu veux transmettre des pratiques mais quand elles passent à la moulinette du savoir académique, ça devient de la «soupe». Je trouve ça très compliqué de réfléchir là-dessus, c'est rarement satisfaisant.

Dans le même temps, si certaines choses ont évolué, c'est bien parce que le degré de connaissances a augmenté. C'est fondamental de produire des connaissances sur les violences. On travaille beaucoup avec des étudiants sur ces questions. Une étudiante a travaillé avec nous dans le cadre de son mémoire universitaire: elle a interrogé 283 personnes entrant aux urgences sur les raisons de leur visite et a montré l'importance des violences subies dans les motifs évoqués. On a aussi travaillé avec une autre conseillère conjugale du MFPP sur les avortements: avec l'aide des collègues des centres de planification, elle a interrogé 100 femmes qui venaient faire un entretien pré-IVG. Sur les 100 femmes, 23 d'entre elles déclarent faire leur avortement à cause des violences: 6 à cause de viols, 14 de violences conjugales, 3 de violences familiales. Ce sont des résultats qui produisent de la connaissance et changent les choses. Donc, ça avance, ça change énormément. J'en suis à ma huitième thèse et à mon quinzième mémoire, et à chaque fois que je me retrouve avec les étudiantes devant un jury, tu es confronté à la rigidité, à la norme qui résiste. Je ne crois pas qu'on va y arriver comme ça. Donc moi j'ai choisi de faire des formations ailleurs.

**Qu'est-ce qui a changé et, au contraire, qu'est-ce qui est resté pareil, dans ce que tu vois dans la « médecine des femmes » depuis trente ans ?**

À l'époque, les rapports sexuels étaient une prise de risque permanente : soit tu n'y avais pas pensé avant et c'était un problème après, soit tu y pensais avant et c'était alors nettement moins rigolo ! Ça, ça a énormément changé. Mais par contre, je pense qu'on ne fait pas la révolution des pratiques en trente ans. C'est trop énorme : ça ne fait guère que quarante ans qu'on s'intéresse aux pratiques sexuelles des femmes, ça fait à peine dix ans que notre clitoris existe en l'état. En réalité, tout est encore à construire concernant la médecine des femmes. Quand on voit la place de la sexualité et de la contraception dans les études de médecine aujourd'hui, c'est le néant. Concernant les violences, c'est toujours très compliqué de faire entrer ces connaissances dans l'apprentissage des professionnels, médecins ou autres. Il y a une forte résistance. Les gynécologues sont toujours majoritairement dans la « conspiration des oreilles bouchées ». Je me suis déjà retrouvée en formation avec des gynécologues qui faisaient pourtant un travail formidable au niveau des avortements, des femmes d'ailleurs majoritairement. J'étais venue à l'hôpital pour leur parler des violences subies par les femmes. Et à la fin, l'une d'entre elles me dit : « Mais Madame Piet, en trente ans de carrière, je n'ai réellement jamais rencontré de femme victime de violences ! » C'est insensé ! Mais au fond c'est parce qu'ils ou elles ne sont pas sur la même planète.

Il y a une chose au moins qui a fondamentalement changé, c'est l'IVG. En 1972, alors que j'étais en séjour à l'hôpital pour une opération dans une chambre double, j'ai vu défiler en quatre jours sept filles qui avaient été curetées à vif en se faisant engueuler et dans des souffrances terribles. Je me souviens également de visites des patrons de service pendant mes études, disant à une femme qui avait un cancer de l'utérus : « Ça c'est tous les avortements que vous avez faits, c'est bien fait pour vous ! ». Les médecins étaient à la fois odieux, culpabilisants et orduriers. Et menteurs : les avortements n'ont jamais entraîné de cancer de l'utérus.

Le corps des médecins était très machiste. Le conseil de l'Ordre des médecins a vraiment été arc-bouté contre les droits des femmes. À l'époque, quand les médecins soutenaient leur thèse, nous devions prêter le « serment d'Hippocrate » dans lequel on s'engageait à « ne pas donner de potion abortive ». C'était insupportable ! Entre 1981 et 1986, un groupe de médecins auquel je participais, nous nous sommes battus pour modifier cette partie du serment d'Hippocrate. Ça a été un combat très difficile. Nous étions assez isolés et perdions à chaque procès. C'était usant. Je me souviens d'un procès au Tribunal d'instance où l'avocat du conseil de l'Ordre, très conservateur, nous insultait de manière immonde. Ironiquement, la juge nous avait avertis au début de la séance que, surchargée de justiciables, elle allait d'abord traiter de justiciables « normaux ». Mais on a fini par gagner, ce serment n'existe plus maintenant et il n'y a plus de loi qui dit que l'avortement est un crime. Nous avons gagné sur ce plan-là.

Mais là aussi, il reste encore du boulot. Un médecin qui se consacre à l'IVG aujourd'hui est encore stigmatisé par ses collègues. Le conseil de l'Ordre est un ordre qui est toujours essentiellement masculin, alors que les femmes occupent 40%, voire presque 50% de la profession (et 60% des étudiant·e·s).

**Pendant les consultations médicales, comment articules-tu les différentes questions concernant la sexualité des femmes: le plaisir, la reproduction, la contraception, le désir d'enfant, etc.?**

Lorsque les femmes viennent me voir, je leur demande d'abord ce qui motive leur visite. Elles viennent généralement pour la contraception ou pour le suivi d'une grossesse. Et c'est ensuite que nous allons parler de sexualité, ça peut venir d'elles ou de moi. Lorsque ça part de moi, je demande: «Ça va les rapports?» Généralement, elles répondent: «Bah oui...» Et j'ajoute: «Ah oui?» Bon, à ce moment-là, elles peuvent me dire qu'en fait, ce n'est généralement pas terrible... Si elles sont d'accord pour qu'on en parle, alors on peut commencer à réfléchir à la raison de cette insatisfaction et à voir ensemble ce qu'on peut faire.

Quand une femme me dit qu'elle n'a pas envie d'avoir des rapports sexuels alors je lui propose de lui faire un «certificat de contre-indication aux rapports». C'est un excellent certificat médical, parce qu'il fait penser. Souvent, elles refusent ma proposition de certificat et elles me disent qu'elles vont arriver toute seule à refuser le rapport sexuel. En faisant ça, je les confronte à leurs propres difficultés à dire non. Et ça aussi, on peut en parler. Quand elles partent avec le certificat, je ne sais pas si elles vont vraiment le montrer à leur compagnon mais elles ont avancé. Je peux aussi leur proposer de faire venir leur mari pour lui expliquer, ça arrive: je peux être amenée à dire à un mari «C'est pour des raisons médicales que vous ne devez pas la toucher, pour qu'elle se repose. Si vous ne le faites pas, c'est que vous ne vous intéressez pas à sa santé.» Et dans la tête des femmes, ce sont des choses qui permettent de changer. Moi je ne sais rien de ce qu'elles vivent et, à la limite, je ne veux pas savoir, je n'élève pas leurs enfants, je ne me farcis pas leur bonhomme. Mais, par contre, ce qui m'intéresse c'est qu'elles puissent penser, qu'elles puissent s'arrêter, se pencher un instant sur leur vie. D'ailleurs elles me disent qu'elles reviennent aux consultations parce que ça les a aidées à avancer.

D'ailleurs, j'ai aussi toujours fait des certificats de virginité, au désaccord général de toutes les féministes depuis quarante ans, car je pense que c'est vraiment très con de s'occuper d'un ridicule bout de peau. Mais je sais que ce n'est pas ce que pensent les femmes qui viennent me voir avec leur souffrance. Je suis là pour les aider, pour que leur vie se passe à peu près bien.

Plus généralement, et pour revenir sur les questions de sexualité, c'est évidemment complexe. La question même du désir sexuel est compliquée : qui a envie de quoi, comment ? Les envies ne sont pas toujours synchronisées. Cela, même pour les personnes qui ne sont pas victimes de violences et qui ne vivent pas des choses difficiles. Beaucoup de femmes me disent que leur compagnon a « tout le temps envie » de rapports sexuels, contrairement à elles. Si elles les aiment, elles ont dès lors de la peine à refuser. Et donc ça les incite à penser des choses qu'elles n'ont pas envie de penser. De même pour des hommes qui peuvent ne pas en avoir envie. Les femmes peuvent faire des choses pour qu'ils aient envie, mais cela signifie qu'elles acceptent de penser qu'on est égal au plan du désir sexuel. Et ça c'est complètement révolutionnaire, l'égalité dans le désir. Parce qu'au fond c'est ça. Et tout le reste n'est que violence déclinable. On doit savoir que c'est le nœud autour duquel tout se construit. C'est dans des moments comme ça que nous pouvons nous rendre utiles, en dehors des violences. Nous n'avons pas de solutions toutes faites pour bien vivre sa sexualité. Par contre, nous pouvons aider les personnes à penser leur sexualité.

### Comment toute cette expérience se capitalise, se transmet ?

Par exemple maintenant, les collègues du planning familial font aussi des certificats comme moi, car nous en avons beaucoup parlé. Dans notre centre, les médecins sont en lien avec les conseillères conjugales, qui nous appellent quand elles ont des difficultés. On procède par tâtonnement, en essayant différentes choses que personne ne fait jamais nulle part. On a beaucoup innové sur ces questions-là et je crois que nous sommes assez bonnes... C'est la même chose que lorsqu'on a mis en place l'avortement médicamenteux. Si ça a si bien réussi, c'est aussi parce qu'on s'est mises à penser ensemble, qu'on s'est soutenues, qu'on a réfléchi.

Et puis, moi, je vous dis, j'assume complètement le fait qu'on invente, qu'on innove. Par exemple, quand j'ai créé ce poste y a trente ans, ici, c'est nous qui faisons la prise en charge IVG puisqu'elle n'était pas remboursée par la sécu. Et donc on faisait les prises en charge IVG pour les gens. Alors que partout ailleurs les gens allaient à la DASS. Nous on a négocié au moment de la décentralisation, on a dit qu'on voulait continuer à faire ça au niveau du département. Et on l'a mis en place. C'est une dynamique collective. Je constate qu'avec les collègues, on progresse toujours, parce qu'elles ont travaillé, ensemble là-dessus. Et puis, je leur sers de filet : si elles ont des ennuis, je vais les aider. Je cherche toujours à protéger les moments et les lieux où on pense. Ça incite alors à se jeter à l'eau, à explorer des nouvelles approches, à innover. C'est mon rôle de coordinatrice, de faire avancer les choses. ■