

# MAUX

# d'exil

## Éditorial

### L'intime en santé publique

**Catherine Donnar,**  
membre du conseil d'administration du Comede

Ce numéro de *Maux d'exil* est consacré à la santé sexuelle. Qu'est-ce à dire ? C'est avant tout sortir d'une confusion aberrante, dénoncée depuis les « années Sida », qui transforme la sexualité en danger, discrimine les malades plutôt que de favoriser la prévention, et génère de la maltraitance ou du déni dans les pratiques de soin.

Ce renversement des choses nuit gravement à la santé ! Ainsi, en Guyane, un mur des préjugés barre l'accès à la santé publique aux femmes les plus exposées aux violences sexuelles et au risque de maladies sexuelles, notamment les travailleuses du sexe. Ainsi, les adolescents découvrant leur homosexualité sont plus vulnérables aux conduites à risques s'ils découvrent en même temps l'homophobie.

Raconter, être écouté, mettre des mots quand l'expérience physique désoriente ou traumatise : tel est l'objectif fixé par le programme « Genre et Santé Sexuelle » du Planning Familial, où les personnes reçues au sein de quelque 200 groupes de parole discutent de la relation à leur propre corps et lèvent ensemble des tabous sur la sexualité ou la contraception.

Au Comede, les consultations gynécologiques ont aboli l'habituel examen physique préalable au diagnostic. Pas de « *Bonjour madame, déshabillez-vous !* ». Le temps accordé au respect de l'intimité et à l'écoute des récits constitue la première étape du soin. Parler de santé sexuelle, comme le défend l'Unesco, c'est faire reconnaître que la sexualité est un aspect central de la personne humaine et qu'au-delà des facteurs biologiques, elle se vit par la pensée, par des désirs, des croyances, des comportements et des relations. Toutes ces dimensions interagissent et doivent être prises en compte pour préserver, améliorer ou recouvrer une bonne santé sexuelle.



## LA SANTÉ SEXUELLE, CE DROIT FONDAMENTAL ET MALMENÉ

Il sonne comme une évidence, le premier point du préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé du 22 juillet 1946. « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité.* » Cet énoncé s'appliquerait volontiers à une sexualité épanouie, elle aussi reconnue universellement comme droit fondamental. En donnant ici la parole à des personnes engagées au service de la santé sexuelle des plus vulnérables, ce numéro de *Maux d'exil* ne se contente pas de souligner la nécessité d'une prévention et d'une prise en charge adaptées. Il restitue à la sexualité sa dimension essentielle d'enjeu de santé individuelle et de santé publique.

## Sommaire

Juin 2018

- 2 Unesco **DES OUTILS D'OBSERVATION AU SERVICE DES PUBLICS PRIORITAIRES**
- 3 Guyane **LA STIGMATISATION, FACTEUR AGGRAVANT DES CONDUITES À RISQUE**
- 4 Homosexualité **DÉNI DE SOI ET ABANDON MULTIPLE**
- 5 Planning Familial **L'ÉDUCATION À L'ASSAUT DES STÉRÉOTYPES**
- 6 Comede **LE LIBRE CHOIX AU CŒUR DE LA SANTÉ SEXUELLE**

# Des outils d'observation au service des publics prioritaires

Créée en 2010, la chaire Unesco « Santé sexuelle et droits humains »<sup>1</sup> (cf. page 8) est devenue un lieu privilégié d'observation et de formation aux questions de santé sexuelle et reproductive. Avec une attention particulière portée aux publics migrants.

**Pr Thierry Troussier**, responsable de la Chaire Unesco « Santé sexuelle et droits humains » et du pôle universitaire Paris-Diderot « Santé sexuelle, sexologie et droits humains »

Les problématiques associant la santé sexuelle et le phénomène migratoire se situent souvent au centre des différentes actions de la Chaire Unesco « Santé sexuelle et droits humains »<sup>1</sup>. C'est à la Chaire qu'il revient d'avoir conçu, en 2017, un graphe mettant en lien 17 objectifs de développement durable (ODD), dont les migrants et les réfugiés inclus dans les groupes vulnérables constituent les publics prioritaires.

Actuellement dans le monde, la migration internationale concerne 244 millions de personnes (statistiques Onu, 2015), soit 3,5 % de la population mondiale. De nombreux facteurs de risque liés à la sexualité sont associés à la migration : la prostitution masculine et féminine, les violences sexuelles, l'absence de couverture sociale, les vulnérabilités face aux IST et au VIH. A l'échelle de la France, une récente édition du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH)<sup>2</sup> nous alerte plus particulièrement sur les problématiques sexuelles affectant les femmes migrantes.

En 2016, parmi les 6 000 nouvelles découvertes de séropositivité VIH en France, 39 % concernent des personnes hétérosexuelles nées à l'étranger et dont plus de la moitié n'ont pas été testées avant leur arrivée. Ces nouvelles découvertes de cas s'appliquent, à hauteur de 44 %, à des hommes homosexuels dont 20 % sont nés à l'étranger. La moitié des diagnostics VIH ont été établis à un stade avancé (stade sida ou CD4+ < 200) plus souvent chez les hommes migrants hétérosexuels. L'étude Parcours met en évidence que 44% des hommes et 30% des femmes migrantes ont été contaminés en France. Chez les femmes, l'étude Parcours témoigne d'une prévalence élevée de violences sexuelles subies (20%) et de prostitu-

tion notamment après l'arrivée en France. Les mutilations sexuelles étaient estimées à 54 000 cas en 2004<sup>3</sup>.

En 2002, l'OMS définissait la santé sexuelle comme : « *Un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social [...] qui donne la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence.* »

En janvier 2016, le législateur français a intégré ce concept au Code de la santé publique par l'intermédiaire de la nouvelle loi de modernisation de notre système de santé.

## Partage de connaissances

C'est en 2007 que l'Université Paris-Diderot a ouvert un premier diplôme Universitaire dédié « santé sexuelle et droits humains ». En décembre 2010, l'Université a signé avec l'Unesco la création d'une chaire *ad hoc*. Un pôle transdisciplinaire de santé sexuelle, de sexologie et droits humains a été institué en septembre 2016 en lien avec la fondation universitaire partenariale. Ce pôle, unique en France, a pour objectif d'innover en matière de santé sexuelle en associant des médecins, des sociologues, des psychologues et des juristes autour d'un programme d'enseignements et de recherche.

Pour diffuser les connaissances auprès d'un large public, le pôle universitaire a également tenu, en janvier 2017 et janvier 2018, deux cycles de conférences - « La santé sexuelle pour tous » - sur le site parisien de la Halle aux Farines. Ces conférences gratuites, animées par des professeurs et enseignants, ont abordé les questions que soulève l'approche de santé sexuelle, et notamment l'impact des facteurs environnementaux et migratoires sur la santé sexuelle

et la santé reproductive.

En janvier 2018, le pôle a proposé des cours en ligne gratuits et accessibles à tous sur la plateforme FUN-MOOC. Plus de 6 800 personnes s'y sont inscrites, dont 60% de professionnels. A l'issue du premier MOOC, plus de 95% des usagers se sont déclaré satisfaits par rapport à leurs attentes. Ce MOOC portait les bases de la santé sexuelle et, là encore, l'importance des facteurs environnementaux dans les déterminants de santé sexuelle.

Depuis sa création, la Chaire Unesco soutient des actions en Afrique au travers de conventions telles que celles signées avec Enda Graff Sahel (2013) et les « Foyers de Paix Grands Lacs » en République Démocratique du Congo (2017), en vue de réinsérer dans la vie quotidienne les enfants soldats et les femmes violées. Une nouvelle convention intitulée « Recherche et action pour la santé des femmes en Tunisie » a été conclue avec le Groupe Tawhida Ben Cheikh (GTBC) en 2018. Cette même année, la Chaire soutiendra et participera à la Journée internationale de la fille en co-organisant avec le Comité de liaison ONG de l'Unesco, le 17 octobre 2018, une conférence sur l'éducation des filles dans le monde. Ces échanges devraient permettre un enrichissement réciproque autour de problématiques centrées sur la santé sexuelle et les différentes perceptions culturelles.

1 - Cf. lien : <https://www.santesexuelle-droitshumains.org/index.php/fr/>

2 - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire N°19/20, septembre 2017 La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique

3 - Enquête *Excision et Handicap*, 2009.

# La stigmatisation, facteur aggravant des conduites à risque

**La Guyane est le territoire français où le VIH affiche le plus fort taux de prévalence. Les préjugés entourant les publics vulnérables y compliquent les actions de santé publique et de prévention qui leur sont destinées.**

*Johanna Pavie, bénévole au Comede et ancienne coordinatrice d'Actions pour le Développement, l'Éducation et la Recherche (ADER)*

**F**rontalière du Brésil et du Surinam, la Guyane représente un territoire attractif pour les ressortissants de pays voisins, plombés par des situations économiques et politiques préoccupantes. La région n'en est pas moins l'une des plus problématiques en matière de santé publique et c'est en son sein que s'affiche le plus fort taux de prévalence du VIH. Les nombreux publics vulnérables présents sur le territoire – notamment migrants et/ou travailleurs, plus souvent travailleuses, du sexe – y font autant d'individus exposés, en plus des personnes déjà porteuses du virus, en l'occurrence une femme dans un cas sur deux. La confusion s'établit rapidement entre publics vulnérables et individus contaminés, et réputés contaminants. Les préjugés et stigmatisations vont bon train sur les réseaux sociaux comme en ont encore témoigné les contenus d'une page Facebook très consultée, *Le Kourouzien*, qui prétend relayer des informations locales. Il y a quelques semaines, on pouvait y lire un « article » au titre éloquent – *Enquête : que font les autorités contre la présence des prostituées à Kourou ?* – affirmant que les personnes travailleuses du sexe mettaient en danger les populations en contaminant leurs clients.

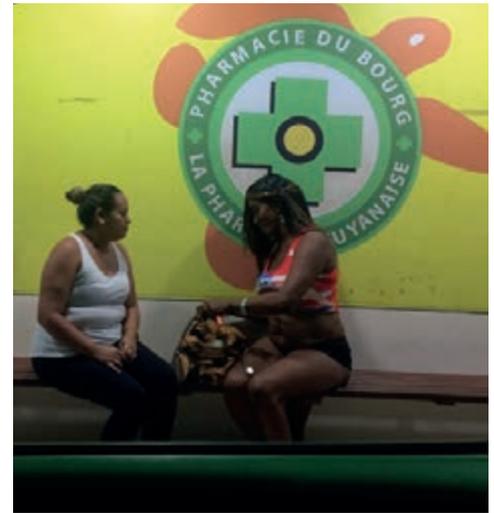
De tels discours desservent fortement les démarches de santé publique et les actions des associations de terrain. Ils fragilisent particulièrement les travailleuses du sexe en favorisant les cas de violence, de domination et d'exploitation. Ces situations viennent s'ajouter aux risques qu'elles encourent déjà du fait de la fréquence de leurs rapports

sexuels, de la multiplicité de leurs partenaires et des violences liées à leurs conditions de travail. En termes de santé sexuelle, les discriminations et inégalités favorisent les prises de risques et les relations de dépendance à un tiers.

Dans ce domaine et de façon générale, la vulnérabilité des femmes et des jeunes filles est supérieure à celle des hommes : en raison de facteurs biologiques d'une part (étendue des zones de muqueuse exposée pendant les rapports, microlésions plus fréquentes, charge virale plus élevée dans les fluides sexuels masculins, etc.), d'autre part en raison de la prégnance de normes sociales très inégalitaires (nombre de partenaires sexuels tolérés, notion de « devoir conjugal », dépendance économique, etc.). Ces rapports de sujétion ont, en l'occurrence, un impact considérable sur la santé sexuelle des femmes.

### La primauté du curatif sur le préventif

Depuis 2009, ADER développe un programme en santé sexuelle et reproductive au sein des communes du centre littoral guyanais. Dans ce cadre, l'association met en place des actions en direction de différents publics considérés comme plus vulnérables ou moins outillés face à leur santé. Au cours de ses actions, ADER rencontre davantage de femmes que d'hommes et constate une vigilance renforcée de la part de celles-ci. Grâce à ce soutien, elles adoptent très rapidement des réflexes préventifs comme l'utilisation rigoureuse du préservatif ou le re-



© ADER

cours à des dépistages réguliers.

Cependant, ces automatismes ne parviennent pas à contrebalancer les inégalités hommes-femmes, lesquelles s'ajoutent pour certains publics à des vulnérabilités sociales et économiques déjà exacerbées dans le parcours migratoire. Dans un tel contexte, les personnes voient, dans leur grande majorité, leur situation personnelle, économique, sanitaire, sociale et juridique se dégrader. La santé ne constitue pas à leurs yeux une préoccupation prioritaire et elles ont davantage tendance à se mobiliser sur du curatif plutôt que sur du préventif.

Dans un souci de santé publique et notamment en relation avec l'épidémie de VIH, le défi pour les équipes de terrain consiste à renverser cette tendance et à favoriser le développement de stratégies préventives à la fois plus efficaces, moins coûteuses et plus durables. Cette optique souligne la nécessité de produire des actions en direction des populations vulnérables et en particulier de protéger les femmes migrantes au lieu de s'en protéger.

Pour atteindre l'objectif, ADER agit à différents niveaux. Au plan individuel, l'association contribue à développer des compétences en termes de stratégie de réduction des risques sexuels, adaptées aux pratiques, et des connaissances sur les services de santé sexuelle. À l'échelle collective, ADER mobilise les différents acteurs du territoire sur le plaidoyer, l'accès aux soins et aux droits de santé, dans l'espoir de susciter une prise de conscience commune à la hauteur de ces enjeux.

# Déni de soi et abandon multiple

**Le rejet extérieur lié à l'orientation sexuelle se cumule dangereusement à l'arrachement au pays d'origine. Le terrain est propice à des comportements addictifs voire suicidaires.**

**Frédéric Gal,**

*directeur général de l'association Le Refuge*

**D**'aucuns pourraient penser qu'en 2018, la lutte contre l'homophobie est un combat irrémédiablement gagné. Pourtant, la population homosexuelle demeure trop souvent rejetée et mise à l'écart malgré une meilleure reconnaissance de ses droits par le législateur. C'est face à ces difficultés, inhérentes à l'enjeu de l'acceptation pour tous, que Le Refuge a vu le jour.

L'association s'est donnée pour objectif de recueillir et d'accompagner de jeunes victimes d'homophobie et de transphobie familiales. Elle propose un hébergement, un accompagnement social et psychologique ainsi qu'une réinsertion socio-professionnelle. Elle agit aussi dans le cadre de la prévention, avec des interventions à destination des publics scolaire, carcéral et professionnel. Au-delà de l'aspect technique d'un accompagnement, c'est bien la prise en

compte de la spécificité du rejet lié à l'homosexualité, de ses conséquences pour le jeune et notamment sur ses capacités à se réaliser pleinement, qui se situe au cœur de la mission. La difficulté ressentie par les jeunes bénéficiaires de l'action du Refuge réside pour une grande part dans la non-appartenance au groupe. Cet aspect a d'autant plus de poids parmi les populations migrantes, qui vivent ainsi un triple abandon.

D'abord, celui lié au fait de ne pas appartenir au groupe hétéronormatif (« une fille avec un garçon et un garçon avec une fille ») comme premier facteur d'exclusion sociale. Se pose ensuite l'absence de soutien de la part de la famille - et par ricochet, l'exclusion de celle-ci - alors qu'elle devrait jouer ce rôle essentiel de cocon protecteur et de guide pour l'enfant. Enfin, l'abandon ultime passe par la rupture avec le pays d'origine, ses références intrinsèques (culturelles, reli-

gieuses, etc.) et tous les repères qui lui sont attachés. Repartir de zéro est un sentiment partagé parmi ces jeunes. Ils doivent donc se placer dans une phase de reconstruction identitaire sur trois niveaux : culturels, sexuels, et parfois de genre, avec les attendus liés à chaque sexe ou genre.

L'homophobie, au-delà de l'insulte primaire, se situe dans un comportement quotidien visant à rabaisser et à stigmatiser quelquefois involontairement les personnes homosexuelles. De fait, les jeunes qui découvrent leur orientation non hétérosexuelle se retrouvent trop souvent démunis et seuls en raison de l'image que la société renvoie de l'homosexualité et du peu d'information, voire de l'absence d'information, accessible à ce sujet. Ainsi, une étude américaine citée par Jean-Yves Frappier et Bill Ryan<sup>1</sup> révèle que 45 % des jeunes gays et 20 % des jeunes lesbiennes ont été victimes d'insultes ou maltraités.



© Le Refuge

# Services du Comede

www.comede.org ☎ 01 45 21 39 32

## ■ LES PERMANENCES TÉLÉPHONIQUES NATIONALES

### Permanence téléphonique sociojuridique

☎ 01 45 21 63 12, du mardi au vendredi, 9h30-12h30

### Permanence téléphonique médicale

☎ 01 45 21 38 93, du lundi au jeudi, 14h30-17h30

### Permanence téléphonique santé mentale

☎ 01 45 21 39 31, mardi et jeudi, 14h30-17h30

## ■ MAUX D'EXIL, 4 NUMEROS PAR AN

Abonnement gratuit et annulation par mail à [contact@comede.org](mailto:contact@comede.org)

## ■ GUIDE COMEDE, LIVRETS BILINGUE

Diffusion gratuite par Santé publique France

12 rue du Val d'Osne 94 415 Saint-Maurice Cedex

ou par fax : 01 41 79 67 67 ou par mail : [edif@santepubliquefrance.fr](mailto:edif@santepubliquefrance.fr)

Pour une commande supérieure à dix exemplaires,

confirmer par téléphone : 01 71 80 16 62

## ■ CENTRE DE FORMATION DU COMEDE

☎ 01 45 21 39 32

## ■ CENTRE DE SANTE A BICETRE (94)

Consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques et socio-juridiques, du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30, le jeudi de 13h30 à 18h30.

Contact (si déjà suivi par le Comede) : ☎ 01 45 21 38 40

Pour un premier rendez-vous, se présenter directement aux heures d'ouverture.

## ■ ESPACE SANTE DROIT AVEC LA CIMADE A AVICENNE (93)

Permanence téléphonique : 01 43 52 69 55,

mercredi 9h30-12h30 et 15h-17h30 et vendredi 9h30-12h30.

Réception du public uniquement sur rendez-vous,

mercredi 9h30-12h30 et 15h-17h30 ; vendredi 9h30-12h30 et 15h-17h30

## ■ COMEDE EN REGION PACA (13)

Permanences téléphoniques régionales dédiées aux professionnels de la région PACA

**Sociojuridique** : mardi 9h30-12h30 au 04 84 89 08 61

**Médicale** : mardi 9h30-12h30 au 04 84 89 08 62

Permanence d'accueil uniquement sur rendez-vous, jeudi 9h30-12h30.

Pour prendre rendez-vous : [permanence.marseille@comede.org](mailto:permanence.marseille@comede.org)

## ■ COMEDE GUYANE (973)

Permanence téléphonique régionale dédiée aux professionnels

06 94 20 53 01, mardi de 9h à 12h

## Les « témoignages vivants » de la souffrance

Cet isolement et cette mise à l'écart conduisent en premier lieu à une remise en question du jeune lui-même, avec une perte de confiance en lui ainsi qu'un mal-être, conséquence de cette souffrance. Comment ne pas se poser la question d'être, ou pas, « normal » ? Ou si l'on entend que l'homosexualité est sans cesse « anormale », comment ne pas y croire et se dire au final que l'on vaut moins que ceux « qui sont normaux » ? Ce questionnement est d'autant plus prégnant lorsqu'on l'entend de la personne qui vous a donné la vie. Le mal-être débouche sur des conduites à risques plus marquées, d'autant plus fortes au sein de cette population.

Les conduites addictives, la prostitution ou les scarifications représentent autant de « témoignages vivants » de la souffrance singulière de ces jeunes. Ici, une mise en danger physique, là, une volonté « d'écrire sa souffrance sur sa peau ». Ces comportements ne sont que des manifestations de l'homophobie intériorisée qui représente un véritable danger pour ces jeunes, car confrontés au rejet global de leur sexualité, de leur identité. Le jeune se place alors non dans la situation d'une personne « normale » rejetée par les autres, mais dans celle de l'individu dont l'« anormalité » est justifiée par ce même rejet.

Le sentiment d'inadéquation personnelle ou sociale, et la difficulté de s'accepter comme étant d'orientation homosexuelle ou bisexuelle ou transgenre, alimentent également une faible estime de soi. Tout ceci entraîne un repli et un sentiment de solitude. Les adolescents concernés disposent de peu de modèles auxquels se raccrocher et se construisent sans référent positif. Cette absence les conduit à un déni de leur propre personne et à une homophobie intériorisée qui peuvent entraîner le passage à l'acte suicidaire. Ainsi, le taux de suicide chez les jeunes homosexuels n'est pas le résultat d'une particularité intrinsèque au sujet homosexuel, mais la réponse individuelle à une stigmatisation sociale négative.

1 - *Quand l'autre en soi grandit : les difficultés à vivre l'homosexualité à l'adolescence* in *La peur de l'autre en soi*, VL, Montréal 1994.

## EN 2017, LES ACTIVITÉS DU COMEDE ONT ÉTÉ SOUTENUES PAR DES DONATEURS PRIVÉS, ET :

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et les hôpitaux de Bicêtre et d'Avicenne
- Le ministère des Solidarités et de la Santé, Direction Générale de la Santé (DGS)
- Le ministère de l'Intérieur, Direction générale des étrangers en France, Direction de l'asile et Direction de l'accueil, de l'accompagnement des étrangers et de la nationalité (DAAEN)
- Le ministère de l'Education nationale, Fonds pour le développement de la vie associative (FDVA)
- Le ministère du Logement et de l'Habitat durable, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
- Le ministère de la Cohésion des Territoires, Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET)
- L'Agence nationale de santé publique (ANSP) - Santé publique France
- Le Sénat et l'Assemblée nationale, réserve parlementaire 2017 (cf. site du Comede)
- Le Fonds européen, Fonds asile, migration et intégration (FAMI)
- L'Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur
- L'Agence régionale de santé de Guyane
- L'Agence régionale de santé d'Ile-de-France et la Direction territoriale du Val-de-Marne
- La Ville et le Département de Paris, Direction de l'Action sociale, de l'Enfance et de la Santé (DASES)
- La Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale Ile-de-France (DRJSCS)
- Le Conseil régional d'Ile-de-France
- Le Conseil Départemental du Val-de-Marne, la Direction départementale interministérielle de la Cohésion Sociale du Val-de-Marne
- La Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF)
- La Caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne
- La Ville du Kremlin Bicêtre
- Sidaction, Ensemble contre le Sida
- La Fondation de France, le Fonds Inkermann, la Fondation RAJA, la Fondation Abbé Pierre, la Fondation Sanofi Espoir, la Fondation Barreau de Paris Solidarité,
- Aides, Médecins sans frontières

# L'éducation à l'assaut des stéréotypes

Institué en 2014, le programme « Genre et Santé Sexuelle » offre aux femmes, notamment migrantes, le lieu d'une prise de conscience et d'une réappropriation de soi contre des stéréotypes parfois véhiculés par des praticiens.

**Carine Favier**, ancienne coprésidente du Planning Familial et coordinatrice du programme

**E**n conformité avec la mission du Planning Familial<sup>1</sup> et selon une approche d'éducation populaire, le programme « Genre et Santé Sexuelle » (GSS)<sup>2</sup> donne aux femmes la connaissance et la reconnaissance d'elles-mêmes et légitime la sexualité féminine en dehors de la procréation. Ce programme s'inscrit aujourd'hui dans la perspective de la « Stratégie de santé sexuelle 2017-2030 » du ministère de la Santé, qui fait sienne ce que le Planning promeut dans son référentiel<sup>1</sup>: « Une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle [...] fondée sur l'autonomie, la satisfaction, la sécurité et prenant en compte les relations inégalitaires entre les sexes et les sexualités qui impactent l'accès universel à la santé sexuelle. »

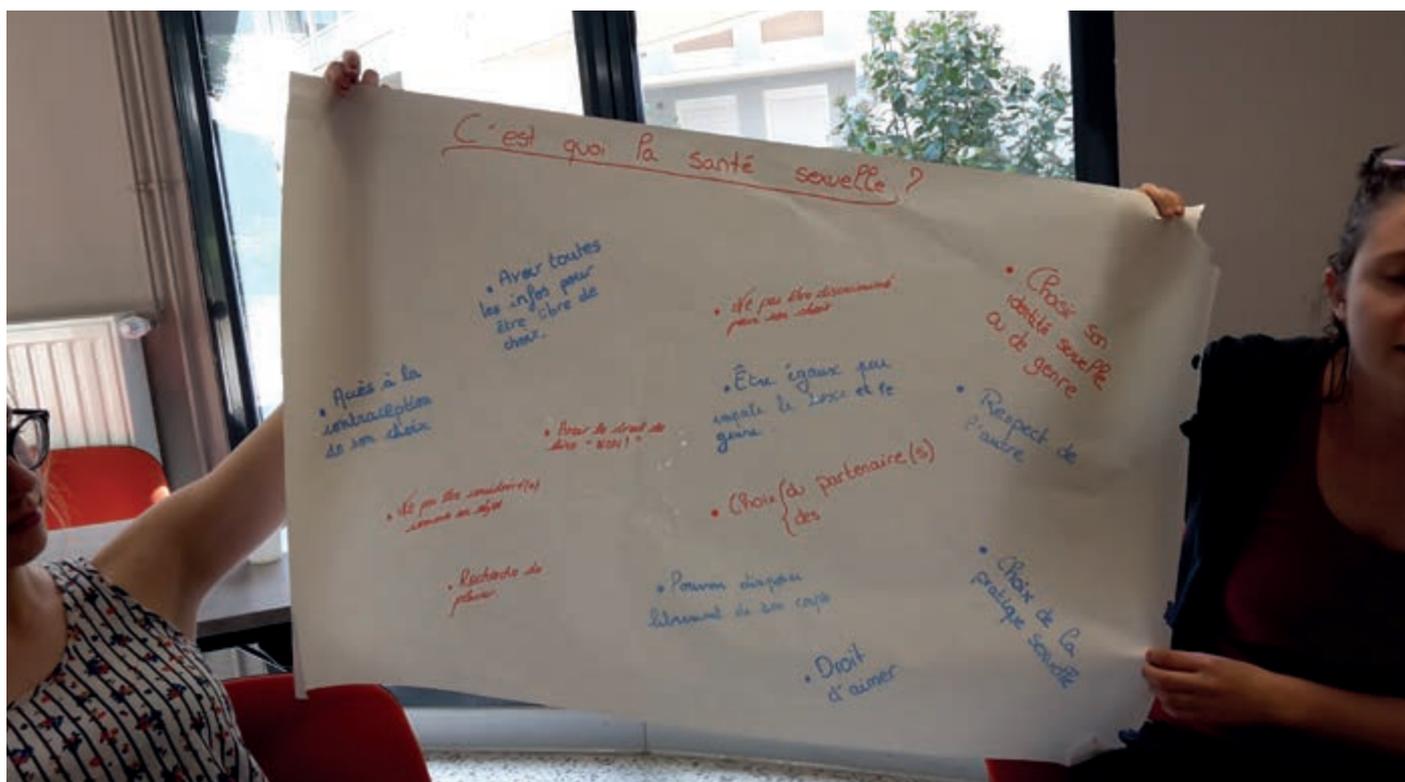
« Genre et Santé Sexuelle » offre à ses bénéficiaires (femmes et hommes, jeunes et adultes), des espaces collectifs pour parler des attentes,

des désirs et des risques liées à la sexualité. Cette approche globale, non-médicalisée, permet d'améliorer la qualité de vie sexuelle et la satisfaction personnelle des individus en partant de leurs parcours de vie. Le programme propose également des formations à destination de professionnels et de personnes ressources.

Par la mise en commun de leur vécu, les personnes prennent conscience du fait qu'elles ne sont pas seules dans leur situation. Progressivement, elles osent prendre la parole. Grâce aux échanges d'expériences, elles développent davantage de confiance dans leurs capacités, ce qui leur permet de passer à l'action. En fonction des groupes sont abordées des notions telles que le corps sexué et le vocabulaire qui y est associé, les représentations individuelles et sociales de la sexualité, les moyens de contraception et de prévention des IST/VIH, les questions autour

de l'IVG et les lois relatives à la sexualité mais aussi les violences, les rapports de pouvoir et les stéréotypes de genre. Ces groupes réunissent douze personnes durant quatre à sept séances d'environ deux heures, agissant comme des groupes d'auto-support, particulièrement en ce qui concerne la prévention, et encouragent à la franchise, au dépassement de la gêne à parler de son corps et de sa sexualité.

Le public est à 71% féminin et 55% des groupes sont non-mixtes. Les moins de 30 ans y représentent 73% de l'auditoire. Les questions de genre se posent avec une acuité particulière pour les femmes migrantes : l'accès à la vie professionnelle, aux droits sociaux, à l'éducation, à la santé et à la sphère publique sont souvent plus difficiles, leurs conditions de vie se caractérisant par des situations de précarité, de discrimination et d'exploitation. Le poids des contraintes



# Le libre choix au cœur de la santé sexuelle

**A contre-courant de certaines pratiques, la consultation gynécologique du Comede se donne pour objectif de rendre aux patientes leur place de sujet. En leur confiant notamment la décision du moment de l'examen.**

*Marie Petruzzi, coordinatrice médicale nationale au Comede*

L'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme énonce le droit au respect de la vie privée et familiale. Pour les femmes exilées, une déclinaison possible de ce droit, particulièrement prégnante au Comede, est le droit à disposer de son corps, et en particulier la place donnée aux soins de l'intime en médecine. Ces réflexions ont conduit l'association à proposer des consultations en gynécologie, santé et sexualité.

*Mme D., 23 ans, demandeuse d'asile, consulte pour des douleurs du bas ventre. Elle vient du Sénégal où elle a fui un mariage forcé et a été excisée un an plus tôt. Elle a peur d'être examinée et je la rassure sur le fait qu'il n'y a aucune obligation. Elle a déjà consulté en gynécologie, l'Ofpra lui a demandé de produire un certificat médical d'excision, et elle raconte cette consultation pénible à laquelle elle n'était pas prête. Au fur et à mesure des échanges, elle va finir par révéler son entrée dans la sexualité par un viol à l'âge de 15 ans. Elle se demande si les rapports sexuels font toujours mal et nous consta-*

*tons ensemble que toutes ses expériences autour de la sexualité n'ont été faites que de violence.*

Les symptômes gynécologiques sont des motifs fréquents de consultation : douleurs du bas ventre, troubles des règles, pertes anormales. Ces maux révèlent parfois une pathologie organique. Le plus souvent, ils sont plutôt l'expression physique d'un profond traumatisme. Les femmes reçues au centre de santé sont nombreuses à avoir été violées que ce soit au pays d'origine, sur le parcours de l'exil ou encore en France parce qu'elles se retrouvent en insécurité vivant dans la rue ou hébergée contre service sexuel. Ces violences risquent d'avoir des conséquences néfastes sur leur sexualité, leur bien-être dans leur corps de femme. Nous n'imaginions pas entendre un si grand nombre de femmes ayant vécu une sexualité faite uniquement de violence.

Or vers qui se diriger lorsque l'on a besoin d'avoir recours à un professionnel de santé pour parler de maux qui touchent à l'intime, lorsque l'on risque de devoir se

de genre dans les pays d'origine et lors du parcours migratoire les place dans l'obligation de développer d'importantes capacités d'adaptation. L'année 2017 a vu se tenir plus de 200 groupes de parole, une trentaine de formations de professionnels et une vingtaine de formations de personnes ressources.

### « Faire autrement avec leurs filles »

Chaque action fait l'objet d'un recueil de données permettant d'identifier les besoins des différents publics. Un besoin prioritaire se manifeste : obtenir plus d'informations et de connaissances relatives à l'anatomie, à la santé sexuelle et aux lieux ressources. Cette demande s'exprime notamment chez les personnes jeunes, migrantes, en situation de handicap ou victimes de violence. Les tabous et les croyances sont des freins à l'appropriation d'informations. Cette situation concerne au premier chef les femmes migrantes ou issues des communautés dites des « gens du voyages » et Rom. Les stéréotypes de genre apparaissent comme sources de relations inégalitaires, voire violentes, entre hommes et femmes ainsi que de préjugés en matière d'homosexualité. Mais ils agissent aussi comme levier car les femmes prennent conscience de leur impact négatif et souhaitent « faire autrement avec leurs filles ».

La difficulté à parler de soi, de son intimité et de sa sexualité est évoquée par les personnes en institution mais aussi par les habitantes des quartiers dits « populaires » mises en relation avec des professionnels. Les femmes migrantes ou issues des communautés Rom notent un manque d'écoute et/ou de considération ainsi que des attitudes moralisatrices, infantilisantes ou méprisantes de la part de certains soignants. Ces difficultés peuvent être aggravées par une faible maîtrise de la langue française et les dysfonctionnements du système de santé. Des femmes victimes de violences au sein de leur couple évoquent aussi une banalisation ou une minimisation de ces violences de la part de certains médecins. Les difficultés d'accès aux soins sont régulièrement soulevées : accès aux préservatifs pour les jeunes, suivi médical ou gynécologique, dépistages et contraceptions. Le manque d'information est, là encore, déterminant. Enfin, les difficultés à parler de sexualité ou de prévention avec les enfants ou de problèmes sexuels avec le conjoint sont souvent débattues dans les groupes de parole.

1 - « Lutter pour une sexualité vécue sans coercition, discrimination ou violence, prévenir les risques liés à la sexualité, lutter contre l'oppression spécifique des femmes, contre toute forme de discrimination et de violence, notamment sexuelle dont elles sont l'objet. »

2 - cf. rubrique du site du Planning Familial : <http://www.genresantessexuelle.fr/>

### Maux d'exil - Le Comede

Hôpital de Bicêtre,  
78 rue du Général Leclerc  
94270 Le Kremlin Bicêtre

Tél. : 01 45 21 39 32 - Fax : 01 45 21 38 41  
Mél : [contact@comede.org](mailto:contact@comede.org)  
Site : [www.comede.org](http://www.comede.org)

RÉALISATION :  
Parimago

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :  
Didier Fassin

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION :  
Arnaud Veïsse

RÉDACTEUR EN CHEF :  
Benoît Hervieu-Léger

ONT ÉGALEMENT PARTICIPÉ  
À CE NUMÉRO :

Anne-Marie Chemali, Benjamin Demagny, Yasmine Flitti, Fanny Gras, Claire Katembwe, Céline Pellegrin et Joseph Rustico.

ISSN 1959-4143 - En ligne 2117-4741

## Vu du Comede

dénuder, montrer son sexe et qu'il est primordial que cette consultation soit bienveillante et ne risque pas de reproduire une forme de traumatisme ? Nous avons là à faire face à des situations paradoxales, où les femmes ne sont pas prêtes à se dévoiler mais se trouvent en butte à l'injonction de prouver qu'elles ont subi des violences pour faire reconnaître leur droit d'asile.

### Les obstacles de l'étiquetage

D'autres aspects mettent à mal la place des femmes dans ces consultations. L'obstacle de la langue en est un : comment alors parler d'éventuels troubles sexuels, de symptômes en rapport avec des violences subies ? Ce sont aussi les représentations des professionnels de santé. En médecine, on a tendance à étiqueter les patients. Ces « étiquettes » peuvent être bénéfiques, à condition qu'elles soient réfléchies et au service de la santé de la personne soignée. Trop rapidement attribuées, elles produisent l'effet inverse.

Ainsi, on a tendance à se représenter les personnes pauvres et étrangères, n'étant pas en mesure de comprendre des explications ou de suivre des protocoles de soins. Il est fréquent que des médecins conseillent quasi exclusivement la méthode de contraception par implant sous-cutané à des femmes étrangères, considérées comme ne pouvant pas suivre une prescription par pilule. Ce sont aussi parfois des représentations centrées sur une supposée origine

ethnique, religieuse, culturelle. Celles-ci sont fréquentes dans le domaine de la périnatalité. Par exemple, certains médecins ne proposent pas le dépistage de la trisomie 21 aux femmes étrangères sous prétexte que pour des raisons culturelles, religieuses, elles refuseraient d'avoir recours à une interruption médicale de leur grossesse en cas de diagnostic avéré. Ces fausses représentations diminuent la liberté de choix donnée à la patiente.

La question d'ouvrir une consultation dédiée aux femmes est née, avant tout, des femmes elles-mêmes. Certaines d'entre elles ont pu raconter leur expérience de soins en gynécologie. Cette consultation où, après le recueil par le médecin d'un certain nombre d'informations, le passage vers un « *bien, je vais vous examiner, déshabillez-vous* » peut survenir trop rapidement. En pratique courante, peu d'explications sont données aux femmes sur le déroulement de l'examen gynécologique et le consentement n'est pas toujours recherché.

Une façon de redonner aux patientes leur place de sujet a été notamment de remettre en cause la réalisation systématique de l'examen gynécologique, de leur permettre de choisir le moment le plus approprié pour elle pour être examinée, ou de refuser cet examen. Le temps de ces consultations est donc largement consacré à l'écoute des femmes, si besoin avec un interprète professionnel, à la transmission



d'informations de prévention et de soins qui leur permettent de choisir ce qui est bon pour leur santé. Ce temps a notamment permis de révéler, parfois cachées derrière des symptômes, des préoccupations qui semblent encore plus grandes : accéder à une sexualité désirée, voire au désir d'être enceinte. C'est l'un des autres enjeux majeurs de la consultation : permettre aux femmes de sortir de cette image douloureuse, salie, souillée de leur intimité vers un aspect plus positif, de désir et de plaisir.

## Label Unesco

Lors de la Conférence de remise du Prix Innovation en éducation Santé sexuelle et Droits humains de la Chaire Unesco du 15 décembre 2016, le projet du Comede "Accueil, soins, soutien et Centre ressources du Comede pour les femmes exilées" a reçu le Label Unesco, "Santé sexuelle et droits humains". Ce Label vise à élargir et à renforcer les actions et les missions de la Chaire à travers des institutions engagées qui ont des objectifs de travail sur la santé sexuelle en général et réalisent des actions concrètes de qualité.

