

ZONES à DÉFENDRE



Manuel d'autodéfense féministe
dans le cadre de la consultation
en santé sexuelle et reproductive

Miriam Ben Jattou, Florence Guiot,
Paola Hidalgo, Katinka Int'Zandt, Manoë Jacquet,
Cecília Vieira Da Costa, Irene Zeilinger

RÉDACTRICES:

Miriam Ben Jattou (Femmes de droit-Droits des femmes),
Florence Guiot (Plateforme citoyenne pour une naissance respectée),
Paola Hidalgo (Bruxelles Laïque),
Katinka Int'Zandt (GACEHPA),
Manoë Jacquet (Femmes et Santé),
Cecília Vieira Da Costa (WomenHelpWomen),
Irene Zeilinger (Garance)

RELECTRICES:

Frédou Braun, Lola Clavreul, Marie-Françoise Fogel, Lara Lalman,
Loena Le Goff, Catherine Markstein, Shahin Mohammad

ÉDITRICE RESPONSABLE:

Manoë Jacquet,
Femmes et Santé asbl,
8 Rue de Suisse,
1060 Saint-Gilles

ILLUSTRATIONS:

Tiffanie Vande Ghinste

MISE EN PAGE:

Nancy Lepage - Grafifut'

DATE DE PUBLICATION: 2020

AVEC LE SOUTIEN DE

ZONES À DÉFENDRE

Manuel d'autodéfense féministe
dans le cadre de la consultation
en santé sexuelle et reproductive

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 4

Pourquoi ce manuel ? 4

Mais comment faire ? 5

À qui s'adresse ce manuel ? 6

Ce que chaque chattewoman
pourra trouver dans ce manuel..... 6

LES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES TOUT AU LONG DE NOTRE VIE 8

C'est quoi les violences gynécologiques
et obstétricales ? 8

Ce qui nous rend vulnérables..... 12

Nous manquons de confiance
en notre corps et en nos expériences.... 12

Nous ne nous sentons pas légitimes
face aux professionnel-le-s de la santé... 13

Nous pensons que la médecine
est neutre..... 14

Nous manquons d'informations
sur nos droits..... 15

Consultations pour
les personnes intersexes..... 16



Consultations en phase puberté.....	19
Consultations de suivi, contraception et prévention des IST.....	21
Lors des consultations préconceptionnelles et prénatales	28
Lors de la prise en charge des avortements	33
Au moment de l'accouchement.....	35
Consultations autour de la cinquantaine et au-delà	40

LES OUTILS POUR RÉAGIR, LES MOYENS POUR SE DÉFENDRE 46

Chattewoman préparée - Chattewoman armée.....	48
Courage, fuyons!.....	50
L'art de la confrontation.....	52
Faire un scandale.....	55
Et après?	57
Porter plainte	59
L'auto-santé et l'auto-support, une forme d'autodéfense	61

UN MOT SUR LES INITIATRICES DE CE MANUEL 67



INTRODUCTION

POURQUOI CE MANUEL ?

Nous, les femmes et personnes ayant un utérus ou une vulve, sommes encouragées dès notre plus jeune âge à consulter les professionnel-le-s de la santé. On surveille et on examine nos corps et nos sexualités : à quoi ressemble notre sexe ? Quand arrivent nos premières règles ? Combien de temps durent-elles ? Combien pesons-nous ? Utilisons-nous une contraception ? Quelle sexualité avons-nous ? Avec qui ? Un homme, une femme, les deux ? Quelles pratiques sexuelles faisons-nous ? Faisons-nous régulièrement des tests pour détecter des infections sexuellement transmissibles (IST) ? Comment vivons-nous avec une maladie ? Avons-nous des enfants ? Comment accouchons-nous ? Avortons-nous ? Combien de fois ? Participons-nous au dépistage pour le cancer du sein ? Quand arrêtons-nous d'avoir nos règles ? Etc.

Ce suivi médical peut durer toute notre vie. On nous dit que c'est normal, pour notre bien et pour notre santé. Mais cette surveillance est-elle vraiment nécessaire ? Et si même si elle l'est, ne sommes-nous pas capables de prendre soin de nous-mêmes ?

Pourtant, depuis quelques années, de nombreuses femmes, hommes transgenres et personnes intersexes crient leur désaccord et se rebellent contre le pouvoir médical ! Sur les réseaux sociaux, nous levons nos voix ; nous nous exprimons à coups de hashtags : #payetongyneco, #payetacontraception, #balancetonmedecin, etc. Nous en avons assez des propos déplacés des professionnel·le·s de la santé. Nous souffrons de la moquerie parce que nous sommes jeunes, vieilles, maigres, grosses, noires, voilées, trop dévoilées, lesbiennes, trans*, trop actives sexuellement ou pas assez, etc. Nous ne voulons plus que les médecins touchent, pénétrent ou coupent nos seins et notre sexe sans nous expliquer pourquoi de tels actes médicaux sont nécessaires. Nous voulons que nos questions soient écoutées et trouver des réponses.

MAIS COMMENT FAIRE ?

Ce n'est pas toujours facile de faire face au monde médical.

Parfois, nous sentons que quelque chose ne va pas. Nous exprimons un problème, une douleur, un questionnement et celui-ci n'est pas écouté : « il n'y a rien ! », « vous exagérez ! », « ce n'est pas grave ». Ou alors, nous remarquons qu'il y a un problème dans la prise en charge, quelque chose qui n'est pas juste, mais à nouveau : « c'est comme ça ! », « on a toujours fait comme cela », « c'est le protocole de l'hôpital », « ce sont les recommandations ». Nous ne savons pas toujours comment réagir ; nous n'osons pas toujours exprimer notre désaccord car le/la médecin sait sûrement mieux que nous !

Comment nous défendre sans prendre le risque de vivre une agression plus forte en retour ?



À QUI S'ADRESSE CE MANUEL ?

Ce manuel d'autodéfense s'adresse à toutes les femmes et toutes les personnes qui ont un vagin, un utérus et/ou des ovaires, qui consultent ou ont besoin de s'adresser à un·e médecin, un·e gynécologue ou plus largement un·e professionnel·le de la santé.



Tout au long de ce manuel, nous nous référons aux usagères des soins de santé sexuelle et reproductive comme des chattewomen. C'est une fusion entre le mot « chatte » qui désigne la vulve (le sexe femelle, dit « féminin »), dont nous sommes fières, et l'héroïne-chatte, Catwoman, qui apparaît dans les comics de Batman. Catwoman est une femme qui a souffert de violence de la part du patriarcat et qui compte bien se défendre ! De la même manière, nous, les chattewomen, nous défendons ! Nous ne voulons plus accepter les mauvais traitements qui peuvent être faits sur nos corps.

CE QUE CHAQUE CHATTEWOMAN POURRA TROUVER DANS CE MANUEL :

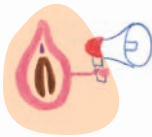


Le manuel est divisé en deux grandes parties :

Une première partie explique ce que sont les violences gynécologiques et obstétricales tout au long de la vie, dans le cadre de différents types de consultations médicales.

Une deuxième partie présente les différentes stratégies d'autodéfense qui existent et que vous pouvez utiliser.

Le collectif que nous sommes, n'a rien inventé. Nous nous sommes inspirées de nos expériences et des expériences d'autres chattewomen. Souvent, nous mettons déjà en place des moyens pour éviter une consultation médicale violente et imposer le respect lors d'une consultation.



La chatte-room reprend des témoignages liés à différents moments de notre vie, depuis la première consultation gynécologique jusqu'à la dernière.



Le chatte-signal propose quelques éléments d'explications, par exemple pour comprendre ce qui pose problème dans les témoignages récoltés au regard de la loi et de la déontologie médicale.



La chatte de garde nous donne quelques ressources pour aller plus loin, notamment des sites web, des vidéos ou des réseaux sociaux pour vous mettre en lien avec d'autres chattewomen, pour déposer un témoignage, pour entendre des stratégies d'autodéfense ou trouver d'autres moyens d'actions.

Exemple :



La chatte de garde

S'armer jusqu'aux lèvres est un guide d'autodéfense féministe, réalisé en janvier 2016. Il est disponible en version téléchargeable sur Infokiosques : <https://infokiosques.net/spip.php?article1318>

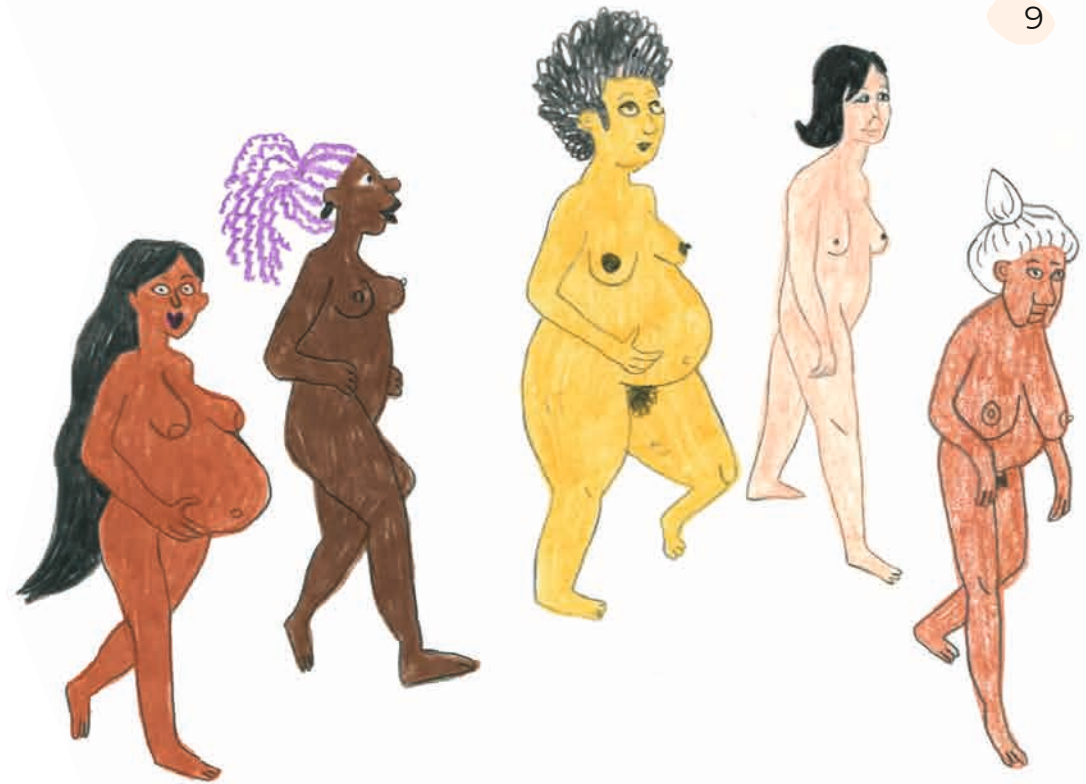


LES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES TOUT AU LONG DE NOTRE VIE

C'EST QUOI LES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES ?

Les violences gynécologiques et obstétricales (VGO)¹ sont toutes ces petites et grandes misères que nous devons subir lors de nos rendez-vous, consultations et procédures chez le/la gynécologue ou dans les services de santé sexuelle et reproductive.

¹ D'après l'OMS : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf;jsessionid=9B-7D0FF604601405C573E7776795F3A4?sequence=



Il s'agit, entre autres, de situations où le personnel médical :

- prend des décisions à notre place ;
- envahit nos corps sans notre accord ;
- nous fait croire qu'ils/elles savent mieux que nous ce qui est bon pour nous ;
- nous maltraite ;
- ne nous voit que comme des machines à faire des enfants ;
- nous pousse à accepter des interventions pas toujours nécessaires et souvent inconfortables ;
- nous considère comme potentiellement malades... alors que nous sommes en bonne santé ;
- Etc.

Ces sont des comportements tels que des jugements, des réprimandes, des moqueries, des insultes, des menaces, des humiliations, de la manipulation de l'information, des mensonges, des retards et/ou le déni de traitement. L'indifférence face à des demandes, aux plaintes et aux réclamations sont aussi courantes.

Les VGO surviennent tout au long de notre vie, lors de la prise en charge de nos besoins en matière de santé sexuelle et reproductive: consultations dans le cadre d'une demande de contraception, la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), l'accompagnement d'une grossesse, d'un avortement ou d'un accouchement, le diagnostic et le traitement de maladies.



Plus spécifiquement, **la violence obstétricale** concerne tout mauvais traitement ou toute agression psychologique, physique ou sexuelle, qui se produit lors du suivi de la grossesse, qu'elle soit désirée ou non, de l'accouchement, du postpartum ou de l'avortement. Il s'agit de pratiques telles que :

- les entraves au mouvement libre durant le travail et l'expulsion,
- l'interdiction de boire ou de manger,
- les déclenchements non consentis,
- l'expression abdominale (le fait d'appuyer sur le ventre pour accélérer l'expulsion du bébé),
- l'épisiotomie de routine (le fait de couper le périnée pour faciliter l'expulsion du bébé),
- les visites utérines (le fait d'introduire la main ou éventuellement des instruments jusque dans l'utérus, afin de le nettoyer de tout reste de tissu ou de s'assurer qu'il n'y ait pas de reste de tissu),
- les sutures sans anesthésie,

- le point du mari (le fait de recoudre une déchirure ou une épisiotomie un peu plus serrée que de normal dans l'idée d'avoir un vagin plus serré pour les relations sexuelles),
- les césariennes sans justification médicale,
- les stérilisations forcées,
- le refus du choix de la méthode d'avortement,
- l'imposition de prendre un antidouleur ou pas,
- l'obligation de regarder l'échographie dans le cadre d'une consultation pré-interruption volontaire de grossesse (IVG),
- la mauvaise orientation des patientes par rapport au délai de la grossesse,
- l'imposition d'un moyen contraceptif à la suite d'un avortement,
- etc.

Les violences gynécologiques et obstétricales sont **une forme de violation de nos droits humains**. Elles se mêlent à d'autres stéréotypes et formes de discriminations: les stéréotypes racistes, liés au handicap, la grossophobie, la lesbophobie, la psychophobie et d'autres formes de discrimination (femmes porteuses de VIH, migrantes, sans papiers, Rom...).

Ces violences nous montrent **la méconnaissance et/ou le mépris des droits des patientes** par certain·e·s professionnel·le·s ou structures de santé, notamment :

- le droit à des soins basés sur les meilleures pratiques soutenues par leurs preuves scientifiques,
- le droit à l'information,
- le droit au refus
- le droit au consentement éclairé.



La chatte
de garde

Un aperçu du « Livre noir de la gynécologie » de Mélanie Dechalotte dans cette interview:

<https://www.youtube.com/watch?v=jxts-R0wJLg>

Ce livre reprend des témoignages et propose une relecture plus éthique et humaniste des pratiques qui accompagnent les femmes durant leur vie, de la puberté à la ménopause...

CE QUI NOUS REND VULNÉRABLES :

Pourquoi est-ce si difficile d'être entendue et respectée lors des consultations en santé sexuelle et reproductive ? Pourquoi le personnel médical ou les structures médicales se permettent-elles de traiter les femmes et les personnes qui ont un vagin ou un utérus de manière violente ?



NOUS MANQUONS DE CONFIANCE EN NOTRE CORPS ET EN NOS EXPÉRIENCES

Depuis que nous sommes petites, le monde dans lequel nous vivons nous dit à quoi nos corps et nos sexes doivent ressembler : combien notre corps doit peser, comment nous devons manger, quelle aspect notre peau doit avoir, quelle pilosité est tolérée, quelle taille et quelle forme nous devons avoir, quelle couleur de peau ou de cheveux est jolie, etc. Il est très difficile de se conformer à toutes ces normes.

Cela nous donne souvent le sentiment que nos corps et nos sexes sont imparfaits.

La médecine alimente aussi nos croyances sur nos corps. Elle impose ses propres normes et recommandations : quand nos règles doivent commencer, combien de temps nos règles doivent durer, quelle humeur nous devons avoir pendant notre cycle ou à la ménopause, quelle contraception nous devons prendre, la position dans laquelle nous devons accoucher, le nombre d'avortements que nous pouvons faire, le nombre d'enfants que nous pouvons / devons avoir, et ce selon notre âge, etc.



Confrontées à toutes ces normes, nous apprenons à nous méfier de notre corps et à douter de nos expériences et intuitions. Nous nous habituons à l'idée que nos corps, nos sexes et nos sexualités doivent être surveillés, contrôlés, modifiés et/ou pris en charge.

NOUS NE NOUS SENTONS PAS LÉGITIMES FACE AUX PROFESSIONNEL·LE·S DE LA SANTÉ

Les professionnel·le·s sont les expert·e·s du corps humain, des maladies et de la santé. Les médecins font de longues études; leurs savoirs et leurs compétences sont très respectés. Parfois, nous pensons qu'ils/elles savent sûrement mieux que nous ce qui nous arrive et ce que nous devons faire pour prendre soin de nous. Leur place dans le système médical leur permet facilement de remettre en doute notre parole ou dévaloriser nos vécus et expériences. Certain·e·s professionnel·le·s peuvent profiter de leur positionnement et adopter **une attitude paternaliste**: «faites ceci, faites cela!», «si j'étais vous ...», «à votre place», etc.

Cependant, les médecins ne sont pas des dieux, mais des humain·e·s.

Ils/elles peuvent commettre des erreurs de jugement et/ou de traitement, ne pas faire attention à une plainte ou une demande spécifique, minimiser certains symptômes ou, au contraire, réagir dans la précipitation à une anomalie observée. Les médecins peuvent aussi être dépassé·e·s par leurs propres peurs: peur des maladies, peur d'une grossesse non-désirée, peur de faire une erreur médicale, peur de ne rien faire, etc. Ils/elles peuvent alors utiliser des méthodes basées sur la peur pour obtenir notre adhésion à un traitement.



NOUS PENSONS QUE LA MÉDECINE EST NEUTRE

Historiquement, le corps des femmes était vu par les médecins comme un corps qui n'a pas de pénis, qui manque d'hormones, de force, qui est plus fragile et plus douillet.

La médecine «pathologise» le corps des femmes: cela veut dire que quelque chose d'a priori «normal» chez une femme devient une maladie parce qu'on compare les manifestations au masculin. **La pathologisation amène à la surmédicalisation,** c'est-à-dire, le fait de traiter des symptômes alors que cela n'est pas nécessaire a priori.



La médecine est le reflet de la société dans laquelle nous vivons. Elle est pleine de stéréotypes de genre, mais aussi de préjugés racistes, grossophobes, lesbophobes, transphobes, etc.

La médecine remet complètement en question le rapport des femmes à la douleur². C'est ainsi que :

- l'endométriose³ est souvent sous-diagnostiquée ou diagnostiquée après de nombreuses années;
- la douleur vécue par des femmes racisées lors d'un accouchement va être minimisée sous prétexte du syndrome méditerranéen⁴;
- on peut supposer que cela va faire
- très mal et donc que la patiente doit prendre un anti-douleur même si elle ne le désire pas.
- ou encore, on peut induire chez la patiente l'idée que telle ou telle chose est douloureuse, alors qu'elle ne l'est pas nécessairement ressentie de cette manière. C'est l'effet nocebo.

Dans tous les cas, on ne prend pas compte du vécu des personnes.

² « La souffrance: que ressent-on quand quelqu'un nie notre douleur? ».

Podcast disponible sur : https://podcast.app/la-souffrance-que-ressent-on-quand-quelquun-nie-notre-douleur-e49607995/?utm_source=and&utm_medium=share

³ L'endométriose est une maladie où les tissus qui tapissent normalement l'utérus (l'endomètre) se développent en dehors de l'utérus (dans les intestins par exemple).

⁴ Comportement d'exagération des symptômes de la part d'un patient et ce, du fait de ses origines et de sa culture.

NOUS MANQUONS D'INFORMATIONS SUR NOS DROITS

Aujourd'hui, dans le domaine médical, c'est la loi du 22 août 2002⁵ relative aux droits du patient qui est en application sur tout le territoire belge. Elle impose aux soignant-e-s de nous informer sur notre santé, nos maladies, les traitements possibles et les conséquences (positives et négatives) des traitements et de l'absence de traitement. Cela nous permet ainsi de choisir l'option qui nous convient le mieux. Les soignant-e-s ont aussi l'obligation de nous transmettre une copie de notre dossier médical lorsqu'on le demande.



Cependant, il existe des différences de pratiques propres à chaque hôpital, centre extra-hospitalier ou même au sein d'un service selon la personne qui accueille et suit le dossier. C'est ce qu'on appelle parfois les « protocoles », qui peuvent prendre le pas sur la loi. Par ailleurs, les professionnel-le-s de la santé ne prennent pas toujours le temps de nous informer de nos droits, ni des procédures, ni des alternatives qui existent... Alors que toutes ces informations sont essentielles pour recevoir un consentement éclairé de notre part.

« Nul-le n'est censé-e ignorer la loi ! »... Cependant, certains tribunaux affirment aussi qu' « à l'impossible nul-le n'est tenu-e ». Cela veut dire que nous sommes sensées connaître nos droits et nos devoirs. Et en même temps, il n'est pas toujours facile de connaître nos droits dans un pays où de nombreuses lois sont votées chaque jour... Et où les procédures sont différentes selon qu'on vit à Bruxelles, en Wallonie ou en Flandre.

⁵ Disponible sur le site ejustice : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002082245



CONSULTATIONS POUR LES PERSONNES INTERSEXES

La chatte-
room



« J'ai appris plus tard en prenant connaissance de mon dossier médical que le chirurgien m'avait opérée sans avertir formellement ma famille de l'intervention, raison pour laquelle aucun de mes parents n'était présent le jour de l'opération, apprenant la nouvelle a posteriori, chose qui ne se verrait plus, je pense, de nos jours! ». (Extrait de l'article "Nous sommes des merveilles" de Camille Lamarre⁶)

Plusieurs extraits du tumblr [payetonintersexuation](https://www.tumblr.com/payetonintersexuation) :

« Quand tu vas chez la gynéco pour la première fois et qu'elle te lance "Ah bah ça, c'est pas un sexe de fille du tout hein!" ».

« Quand tous les toubibs te disent que le chirurgien a fait du très bon boulot mais notent dans ton dossier "rétraction importante" ».

« Quand y a des positions sexuelles que tu tolères pas parce que ça t'évoque des positions d'exams subis sans ton consentement. »

« Quand tu te rends compte après avoir décidé d'arrêter les hormones prescrites que tu te vis mieux dans ton corps, que tu as beaucoup moins mal aux seins, aux ovaires, que tu lubrifies mieux pendant le sexe... et que t'as de moins en moins de règles. Le drame quoi! ».

Le chatte-signal



Un des premiers actes qui est posé à notre naissance est celui de regarder nos parties génitales pour déterminer si nous sommes une fille ou un garçon. **Notre société n'envisage que deux sexes et deux genres** : il y a les pénis d'un côté et les vulves de l'autre, il y a des hommes et des femmes. Notre corps, nos parties génitales ou notre taux d'hormones doivent correspondre à cette norme sociétale et médicale. Sinon, la médecine se propose d'adapter notre corps par des opérations chirurgicales ou des traitements hormonaux.

Les opérations chirurgicales sont généralement non-nécessaires d'un point de vue de la santé. Au contraire, elles entraînent davantage de désagréments pour la santé physique (douleur, inconfort, perte de sensibilité, dysfonction de certains organes proches) et mentale (traumatisme) des personnes concernées. Ces actes sont souvent réalisés quand nous sommes enfants : en ce sens, ils sont non-consentis ou consentis par des parents souvent mal informés. Étant donné qu'il ne s'agit pas d'interventions nécessaires pour la santé, on peut parler de mutilations. Celles-ci correspondent à des violations de nos droits humains et sont condamnées par l'ONU, Amnesty International et Human Rights Watch.

Nous n'avons pas à soumettre notre corps à une médecine sexiste et binaire, lorsque nous ne vivons aucun désagrément sur notre santé. De même que nous n'avons pas à nous soumettre à la pression de choisir un genre ou à notre manière de l'exprimer.



« **#MyIntersexStory** » est un recueil de témoignages d'OII Europe. Il est assez accessible à lire. Il a été publié dans le cadre de la journée pour la visibilité des personnes intersexes (26 octobre).

Le tumblr **Paye ton intersexuation** (<https://payetonintersexuation.tumblr.com>) récolte de nombreux témoignages généralement courts sur les vécus de personnes intersexes dans la cadre médical et, plus largement, social.





La chatte-
room



CONSULTATIONS EN PHASE PUBERTÉ

«À 29 ans, j'ai été chez un gynécologue. Je lui ai dit que je travaillais sur les sujets de féminisme et de santé sexuelle. Il m'a aussi dit qu'à 29 ans, il n'était pas nécessaire de faire une palpation des seins (cela n'était recommandé qu'à partir de 30 ans). Je me suis rendu compte que mon précédent gynécologue m'avait fait des palpations systématiques depuis mes 14 ans pour rien ! Parfois je me demande si mon gynécologue actuel est aussi attentif avec moi qu'avec toutes ses autres patientes ou si cela est lié au fait qu'il sait que je suis informée et consciente.» (Manoë)

«J'ai appris par la suite que c'est tout à fait possible d'avoir une contraception, sans faire une auscultation, sans que le gynécologue regarde à l'intérieur de ton vagin avec ses doigts.» (La Carologie⁷)

«En 1993, j'ai 14 ans. Je vais chez le gynécologue pour la première fois, accompagnée par ma maman. Il m'a fait tout de suite un toucher vaginal, assez profond, qui m'a fait très très mal. Donc j'ai crié. Ce qui a amené à ce qu'il devait y avoir un problème anal. Donc j'ai eu droit à un toucher anal dans la foulée. Et au moment où il me fait ce toucher anal, il me dit "hum, c'est de la bonne graine de salope"»⁸

«Lors de ma première visite, j'avais une mycose due à la prise d'antibiotiques. Je consultais pour cette raison. Le gynécologue, au moment de l'examen, s'est exclamé : "Mais, c'est dégueulasse!". Je devais le revoir deux semaines après. J'ai expressément demandé à la secrétaire d'avoir un autre soignant et je lui ai dit que le premier avait été irrespectueux. Je ne l'ai plus jamais revu.» (Karina)

⁷ Référence : <https://www.youtube.com/watch?v=g5ZLh8l2Cy4>

⁸ Référence : <https://www.youtube.com/watch?v=akWaafrmqNmk>

Le chatte-signal



Habituellement, le premier examen gynécologique de routine est recommandé à partir de 25 ans, si nous sommes actives sexuellement. Nous pouvons nous y rendre avant si nous en ressentons le besoin ou avons des questions ou inquiétudes particulières.

La consultation doit se centrer sur notre demande et nos symptômes. Dès lors, les trois interventions habituelles d'un examen gynécologique (frottis, toucher vaginal et palpation des seins) ne sont pas obligatoires et pas forcément nécessaires.

Pourtant, la société entière semble encourager les jeunes filles à réaliser un examen dès leurs premières règles ou dès les premières relations sexuelles et les femmes à se rendre chez le/la gynécologue minimum une fois par an et tout au long de leur vie.

Nous pouvons toujours être accompagnées de la personne de notre choix si cela nous rassure.

La chatte de garde



Le blog « Marie accouche-là »⁹ est proposé et rédigé par Marie-Hélène Lahaye, une féministe aux points de vue libertaires, émancipateurs et profondément ancrés dans l'écologie politique. Le blog regorge d'informations autour des violences gynécologiques et obstétricales: des articles, mais aussi des podcasts et des vidéos.

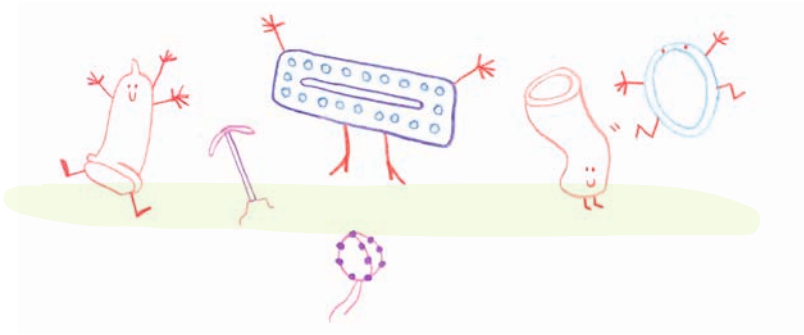
Martin Winckler nous propose une vidéo sur Youtube autour de « L'examen gynécologique systématique¹⁰ ». À la question « Quand "doit-on" subir un examen gynécologique ? », eh bien on ne "doit" jamais: il faut toujours que nous soyons d'accord.

⁹ Consultez l'article « L'examen gynécologique des jeunes femmes, un droit de cuissage moderne », disponible sur:

<https://marieaccouchela.net/>

¹⁰ Disponible sur Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=A6pwnEhKfQA>

CONSULTATIONS DE SUIVI, CONTRACEPTION ET PRÉVENTION DES IST¹¹



La chatte- room



«À mes 18 ans, je suis retournée chez mon gynécologue. Je lui ai dit que je voulais changer de contraception (j'utilisais l'anneau vaginal). Directement, il me dit: «Vous pouvez prendre la pilule». Sauf que moi, j'avais décidé que je ne voulais plus de contraception hormonale, je voulais me faire poser un stérilet au cuivre. J'avais appris qu'on pouvait se faire poser un stérilet alors qu'on a pas eu d'enfants, que c'était possible de le faire sur des adolescentes, etc. Quand je lui dis que je ne voulais pas d'hormones, il me regarde et me dit: «mais pourquoi?» Je lui dis: «j'ai des mycoses et j'ai vraiment l'impression que cela baisse ma libido». Là, il me dit: «Ha mais c'est pas la contraception qu'il faut changer, c'est votre copain.» À ce moment-là, je me dis: «c'est bon, il rigole». Mais en fait, non, il ne voulait vraiment pas que je change de contraception.» (La Carologie¹²)

¹¹ Infections sexuellement transmissibles

¹² Vidéo disponible sur Youtube : <https://www.youtube.com/watch?v=g5ZLh8l2Cy4>

La chatte- room



«C'est moi qui ai dû apprendre au médecin qu'en Belgique, il est toujours possible d'obtenir le diaphragme. Mais que c'est lui qui doit mesurer la taille dont j'ai besoin.»

«Mon médecin me dit que le planning familial naturel n'est pas fiable.»

«J'ai eu un rapport à risque, je viens pour faire un test IST. OK, vous avez donc eu un rapport sans préservatif? Oui. Vous prenez une contraception? Non. Vous voulez des informations sur la contraception? Non. Vous avez déjà été enceinte? Oui. Combien de fois? Une fois. Et qu'est-ce qui s'est passé? J'ai eu un enfant. Et vous avez eu d'autres grossesses? Non. C'est pour mettre à jour votre dossier! (Sauf, que je suis suivie là-bas, il suffisait de lire le dossier!)» (Claudia)

«J'ai demandé un dépistage des IST. Cela m'a été refusé parce que je suis lesbienne et que les médecins partent du principe qu'il n'y en a pas besoin: la relation est stable, les pratiques sont safe. Je ne me suis pas battue alors même que je suis hyper informée et sensibilisée.» (Aurore)

«J'ai dû aller consulter une gynécologue pour vérifier que je n'avais pas de kyste aux ovaires. Je suis stressée. La gynécologue ne fait pas d'anamnèse (analyse du parcours de santé de la patiente). Je préviens que je suis vierge. La gynécologue râle parce qu'elle a besoin d'une autre machine. Je dois revenir. La fois suivante, la gynécologue râle parce que l'échographie est plus difficile à faire à cause de mon surpoids. Chaque fois que j'y retourne, je la trouve désagréable.» (Lucie)

«Mais pourquoi vous ressemblez à un homme? C'est du gâchis.» (Témoignage de Dal, issu d'un article de l'Obs «Quand les gynécos sont brutaux¹³»)

13 Consultez l'article «Quand les gynécologues sont brutaux». Disponible sur le site : www.nouvelobs.com/

«Récemment, j'ai dû aller chez le gynécologue. J'ai demandé expressément une femme. Quand je suis arrivée, la gynéco n'était pas là, c'était un remplaçant (homme). Je n'étais pas contente.» (Patricia)

«J'ai consulté une gynécologue pour des questions précises de troubles hormonaux. Non seulement, elle n'a jamais répondu à mes questions (pour lesquelles j'ai fini par trouver des réponses étayées par de très nombreuses études) mais en plus, elle a clôturé la consultation par ces mots «vous avez l'air d'être une femme intelligente... Votre poids, c'est dommage.» Je pèse 125 kilos à cause des troubles hormonaux pour lesquels je consultais.» (Miriam)

Au cours de notre vie, nous pouvons décider de consulter de manière régulière le/la gynécologue, faire des suivis de routine ou alors décider de ne consulter que lorsqu'une demande ou un problème de santé survient. Dans les deux cas, nous nous retrouvons très souvent confrontées aux normes médicales :



- **les normes autour de notre corps :** à quoi il doit ressembler, combien il doit peser, comment il doit fonctionner, s'il doit être épilé, etc.
- **les normes autour de notre identité de genre et de notre sexualité :** à quoi notre corps de femme doit ressembler, quel type de sexualité nous devons pratiquer ou quel type de sexualité serait considéré comme une vraie sexualité, quelle orientation sexuelle est valorisée ou reconnue, etc.
- **les normes autour des décisions à prendre :** quel type de contraception nous devons prendre, à quel examen de dépistage nous pouvons prétendre, etc.

Nous mettons un éclairage sur deux aspects : la contraception et le dépistage IST.

CONTRACEPTION:

En matière de contraception, les médecins proposent généralement les moyens suivants:

- le préservatif SI la femme n'a pas de partenaire fixe;
- la pilule contraceptive ou un autre moyen de contraception hormonale SI la femme est en couple hétérosexuel;
- voire les deux ensemble car aucun des moyens de contraception n'est infaillible (la double contraception est souvent proposée aux adolescent-es ou aux femmes jeunes);
- le stérilet hormonal ou au cuivre quand la femme avance en âge (généralement, une fois qu'elle a eu un enfant).

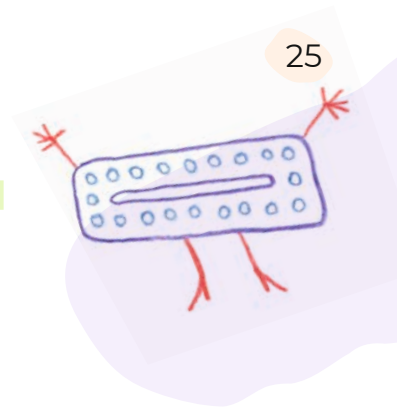
Le critère médical est l'efficacité, c'est-à-dire, le taux de réussite du moyen de contraception pour empêcher une grossesse. La contraception hormonale ne convient cependant pas à tout le monde. Nous sommes nombreuses à ne pas vouloir -ou ne plus vouloir- utiliser une contraception hormonale à un moment donné de notre vie.

Le choix d'un contraceptif dépend de plusieurs critères (à nous de choisir les critères qui nous sont importants):

- le type de vie sexuelle que nous avons;
- l'interaction entre notre corps et le moyen de contraception: par exemple le fait de réduire certains symptômes grâce à la contraception (l'acné, les douleurs de règles, etc.) ou le fait de réduire certains effets secondaires du moyen contraception (le manque de libido, la prise de poids, etc.);
- la facilité d'utilisation;
- si nous voulons un moyen qui dure longtemps;
- si nous sommes à l'aise de devoir y penser tous les jours ou si nous préférons un moyen auquel il ne faut pas trop penser;
- en fonction de l'implication du partenaire si en couple hétérosexuel;
- etc.

En définitive, il n'y a qu'un bon moyen de contraception : c'est celui que nous choisissons, car une éventuelle grossesse non-désirée se déroule toujours dans notre corps !

Une visite médicale devrait toujours présenter la diversité des moyens existants, répondre à nos questionnements sans vouloir l'orienter et nous soutenir à affiner les critères qui sont importants pour nous. Il se peut également que le/la professionnel·le de santé n'informe pas sur certains moyens car il/elle ne les connaît pas suffisamment : par exemple, ne pas être à l'aise de placer un stérilet, ne pas savoir comment accompagner une femme qui désirerait placer un diaphragme, ne pas se sentir assez formé·e pour expliquer l'auto-observation des cycles, etc.



Pour plus d'informations sur les différents moyens de contraception : <https://www.mescontraceptifs.be/>

Le hastag #PayeTaContraception a été créé en 2019 par la journaliste féministe française Sabrina Debusquat à l'occasion de la parution de son manifeste féministe pour une contraception pleinement épanouissante : Marre de souffrir pour ma contraception (éditions Les Liens qui Libèrent, 3 avril 2019). Il a pour objectif de libérer la parole autour des souffrances contraceptives (charge contraceptive, effets indésirables subis « faute de mieux », etc.).

PRÉVENTION DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES/MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST/MST) :

En ce qui concerne la prévention des IST/MST, la norme tient compte généralement des personnes ayant des relations hétérosexuelles ou des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes sont souvent mises à l'écart et les rapports sexuels des personnes trans* sont un terrain inconnu pour nombre de professionnel-le-s.

La demande d'un test de dépistage ne devrait pas faire l'objet de négociation sur base de notre orientation sexuelle ou de notre identité de genre.



Des questions peuvent par contre être posées pour avoir davantage d'informations sur les risques qui ont été pris car peut-être il est nécessaire de prendre en compte d'autres aspects. Par exemple: une femme demande un test de dépistage pour le VIH/SIDA (virus d'immunodéficience humaine) car elle vient d'avoir un rapport sexuel à risque. Dans l'immédiat, c'est plutôt un traitement post-exposition qui pourrait lui être proposé qu'un test de dépistage. En effet, pour dépister le VIH dans le sang, il faut attendre trois mois.

Du point de vue juridique, aucun examen n'est obligatoire. Les examens sont seulement conseillés en fonction des antécédents ou de l'âge des patient-e-s.

Pour plus d'informations sur les dépistages: <https://depistage.be/>



Le site web belge Gotogynéco

(<https://gotogyneco.be/>) a pour objectif de rendre visibles les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) dans le cadre de la consultation gynécologique. Les praticien-ne-s sont souvent trop peu informé-e-s des problématiques spécifiques que les femmes peuvent vivre; en même temps, les femmes elles-mêmes peuvent avoir l'impression que la consultation gynécologique ne sert qu'à prescrire des contraceptifs (et donc qu'elles ne seraient pas concernées). Le site propose une liste de gynécologues «lesbian-friendly».

LORS DES CONSULTATIONS PRÉCONCEPTIONNELLES ET PRÉNATALES



« Dans des salles d'attente bondées se côtoient des personnes en parcours de procréation médicalement assistées en souffrance et des femmes enceintes et/ou avec enfants. (cela peut paraître anodin, mais c'est très éprouvant, cette «cohabitation»!), l'attente est de minimum 2h30. Parfois, nous attendons encore dans le cabinet dépourvu de fenêtre pendant 30 minutes, seuls, sans explication. En consultation, c'est très rapide. Quand je sors de là et je me rends compte que je n'ai pas pu poser mes questions, que je n'ai pas tout compris ou je réalise ce que j'y ai entendu après coup
«Vous devez bien comprendre que ce genre d'analyses coûte cher à la société!»,
«Votre compagnon n'a pas encore fait cet examen-là? Mais il faudra reprendre rendez-vous!» ... Et bim! 1 mois de plus à attendre! Après plusieurs fois, je pige le truc et je fais des listes pour ne rien oublier, insiste pour avoir des explications quand je ne comprends pas et prend des notes.»



La chatte-room



«J'ai connu une femme qui avait souffert de violences et prenait des anxiolytiques. Quand elle a été voir le médecin parce qu'elle était enceinte, celui-ci lui a dit qu'il fallait interrompre la grossesse. Il a déclaré qu'elle n'était pas capable d'être mère à cause de ses problèmes d'anxiété et des médicaments qu'elle prenait». (Laurence)

«On m'a imposé des touchers vaginaux à chaque consultation. Cela était très dur à vivre à cause de mon passé en tant que victime de violence sexuelle. J'ai été révoltée quand ma voisine m'a raconté qu'elle n'en avait eu qu'un seul, à la toute fin de sa grossesse. Donc, ce n'est pas obligatoire, le toucher vaginal? On m'a menti pendant 9 mois!». (Rosa)

«Ma taille (1.5m) a été considérée comme une anomalie et on m'a fait comprendre que j'étais incapable d'accoucher par voie basse. Aucun examen n'a été fait pour confirmer cela, or j'ai appris par après qu'une radiopelvimétrie¹⁴ était recommandée. Ça aurait pu éviter ma première césarienne». (Ana)

«À cinq mois de grossesse, j'ai demandé au gynécologue si je pouvais choisir librement la position pour pousser et il m'a répondu "oui, tant que je peux faire ce que je veux". J'aurais dû changer de médecin à ce moment-là». (Pauline)

¹⁴ Radiographies réalisées à la fin de la grossesse pour identifier « la circonférence des axes du bassin de la mère » (selon la définition du Dr. R. Frydman). Il s'agit d'une procédure qui n'a pas vraiment l'unanimité d'un point de vue scientifique. Néanmoins, dans ce témoignage, l'évaluation de la taille du bassin de la femme se fait de manière encore plus arbitraire.

«(à cause de ma méconnaissance de la langue)
Je n'ai pas compris qu'on devait m'opérer (par
césarienne), qu'on allait m'endormir. Quand je me
suis réveillée, mon bébé n'était pas là. J'ai eu
vraiment très peur». (Fatou)

«Oh vous savez les femmes comme vous
accouchent toujours en avance ou par
césarienne vous verrez». (Kebe D.,
Maman noire et invisible, p.27)

«Surtout ne faites pas de douches vaginales...
Vous les noires, je sais que vous faites ça»
(idem, p 27)

«Lors de l'échographie, la gynéco a vu quelque
chose de bizarre mais elle a dit qu'il ne
fallait pas s'inquiéter, que ça allait sûrement
s'arranger. J'ai demandé un deuxième avis
et on a poussé les examens plus loin. Le fœtus
était malformé. J'ai été très vite prise en
charge pour une IMG (Interruption Médicale
de Grossesse). Heureusement que j'ai changé
de service!» (Maud)



«Lors de ma première échographie ventrale pour mon premier bébé, la gynécologue a appuyé tellement fort sur mon ventre que ma peau s'est littéralement déchirée. Je tenais la table de douleur et lui disais que j'avais mal. Elle m'a répondu "et vous voulez accoucher sans péridurale? Visiblement, vous n'y arriverez pas". Pourtant, quelques mois plus tard, j'ai accouché sans péridurale alors que mon accouchement avait été provoqué et que la médecine affirme que c'est plus douloureux qu'un accouchement 'normal'». (Malika)

«La gynécologue voulait imposer un déclenchement car elle estimait que mon bébé pèserait plus de 5 kilos en cas de dépassement de terme. J'ai refusé obstinément. Mon bébé est né bien après terme en pesant 3,680 kilos». (Hind)



Porter la vie d'un autre être humain est perçu par certaines personnes comme incompatible avec notre envie d'être libres. **On attend de nous de la soumission aux ordres, injonctions et décisions des professionnel-le-s «pour le bien-être du futur bébé».** Or, nous ne rangeons pas nos capacités de réflexion au frigo pendant les neuf mois d'une grossesse! Tout acte médical doit être fait dans le respect, la bienveillance et, dans la mesure du possible, en tenant compte de nos préférences. Les actions des personnes qui nous accompagnent, doivent être basées sur les preuves scientifiques. Les actes proposés doivent être expliqués lors des consultations afin que nous puissions prendre des décisions éclairées.

Les examens proposés pendant la grossesse sont : les échographies, les touchers vaginaux, les examens gynécologiques, les prises de sang, le test de dépistage du diabète, la pelvimétrie, le stress test, le monitoring, l'amniocentèse. **Aucun de ces examens n'est obligatoire durant la grossesse.** Un-e médecin ne peut pas imposer un examen si la patiente le refuse. Il/elle peut, par contre, refuser de continuer le suivi s'il/elle estime qu'il/elle n'est plus en mesure de l'assurer. Il/elle doit cependant :

- transmettre les coordonnées d'autres soignant-e-s si la patiente le demande et
- transmettre la totalité du dossier médical à la personne qui lui succède pour que les soins puissent être assurés correctement.

Durant la grossesse, on peut toujours changer d'avis et donc on peut changer de professionnel-le. Si l'on se rend compte que la vision de l'accouchement est différente, si les questions ne sont pas bien accueillies, autant changer avant ! Le suivi médical de la grossesse peut être réalisé par différents professionnel-le-s de santé : sage-femme, médecin généraliste, gynécologue. Un-e professionnel-le peut très bien nous convenir pour le suivi de routine mais pas pour l'accouchement. C'est la même chose pour le choix du lieu de l'accouchement. En Belgique, il en existe plusieurs : l'hôpital, les gîtes intra-hospitaliers, les maisons de naissance et le domicile. Nous avons le choix, il est donc important de se poser les questions : « Avec qui ai-je envie d'accoucher ? », « Quel est le lieu qui répond le plus à mes attentes et besoins ? ».

Certaines femmes ne souhaitent plus être accompagnées médicalement pour l'accouchement. Elle font le choix d'un accouchement non-assisté. Elles peuvent se préparer via le suivi médical de grossesse (il n'est pas obligatoire) et des préparations spécifiques (gestion de la douleur, position d'accouchement...). Le jour de l'accouchement, aucun-e professionnel-le ne sera présent-e au domicile. Aucune loi n'interdit cette démarche.



La chatte de garde

L'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes (IRASF) est une association formée en mars 2017 après l'évolution du groupe Facebook créé en 2015 : **Stop à l'impunité des violences Obstétricales** (S.I.V.O). Elles se sont données pour missions d'étudier les origines et les conséquences de cette violence sur la globalité de la vie des femmes et de produire des données au sein de l'équipe de l'Observatoire des violences obstétricales et gynécologiques. Il est possible de déposer des témoignages sur leur site web : <https://www.irasf.org/>



LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES AVORTEMENTS

La chatte-room



«Lors d'une consultation pour une IVG (Interruption Volontaire de Grossesse), la psychologue m'a dit «Vous êtes doctorante, non? Vous avez les moyens de le garder».

«Cela fait 18 ans que je suis en procédure de fécondation in vitro. Quand je suis finalement tombée enceinte, j'ai demandé à recevoir le carnet de la femme enceinte. On n'a pas voulu me le donner avant 3 mois de grossesse. À 18 semaines, le cœur du bébé a finalement arrêté de battre. Ils ont planifié une IMG et m'ont donné une brochure pour m'informer de la procédure: ils n'ont même pas pris le temps de m'expliquer ce qui allait se passer. Heureusement, j'ai fait une fausse couche juste avant l'intervention.» (Anne)

«Quand on doit planifier une IMG (Interruption Médicale de Grossesse), les parents voudraient interrompre la grossesse le plus rapidement possible, car cela est très douloureux. Mais souvent, les comités d'éthique vont identifier un délai plus long pour permettre à la mère et aux parents de "faire le deuil".»



«Le cœur de mon tout-petit s'est arrêté de battre au cours du deuxième trimestre. J'ai refusé l'intervention médicale pour retirer le fœtus. J'ai choisi d'attendre que les choses se fassent naturellement, tout en restant attentive aux signaux d'alertes pour éviter tout risque. J'ai pu accoucher dans ma maison de mon tout-petit mort. Cela m'a permis de mieux vivre cet événement et de clôturer cette aventure dans les conditions dont j'avais besoin.» (Marie-Hélène¹⁵)

¹⁵ Témoignage issu du blog de Marie-Hélène Lahaye - Marie accouche là.



Le chatte-signal

L'avortement est le fait d'arrêter une grossesse.

- Notre grossesse peut s'arrêter naturellement; on appelle cela une fausse couche. Celle-ci se manifeste par des pertes de sang. 80% des fausses couches se déclenchent pendant les trois premiers mois de la grossesse¹⁶.
- Il est possible d'interrompre volontairement notre grossesse. En Belgique, la loi prévoit des conditions. Cette interruption est possible jusqu'à 12 semaines «de grossesse» à la demande et autorisée au-delà de 12 semaines pour des raisons médicales.

Fausse couches, IVG et IMG font partie de la vie des femmes. De nombreuses femmes le vivent. N'importe où dans le monde, si nous voyons 4 femmes autour de la cinquantaine, au moins une a fait une IVG au cours de sa vie. La parole autour de ces événements est souvent taboue:

- soit parce que la grossesse désirée n'a pas pu suivre son cours et que cela peut consister en un événement difficile à vivre;
- soit parce qu'interrompre volontairement une grossesse peut être mal vu par la société. Il y a la peur d'être jugée.

La chatte de garde



Le blog «**J'ai avorté, je vais bien, merci**» (<http://blog.jevaisbienmerci.net/>) a été mis en place par un collectif de femmes, féministes de différents âges. Cette initiative rend visibles des témoignages de femmes qui ont avorté et se sentent bien avec leur décision.

L'IVG au quotidien (<https://www.binge.audio/livg-au-quotidien/>) est un reportage d'Anouk Perry, réalisé par Quentin Bresson. Il propose une plongée dans le quotidien de celles et ceux qui pratiquent l'IVG, en France, en 2019. Comment le personnel soignant a-t-il fait le choix de travailler ici? Comment vit-il l'accompagnement des femmes qui ont pris la décision d'avorter? Comment l'entourage de ces soignant-e-s perçoit leur métier?

¹⁶ Informations disponibles dans les guidelines du collège américain de gynécologues et et obstétriciens (mai2015): <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Gynecology/Early-Pregnancy-Loss>



AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT

La chatte-room



« On m'a interdit de bouger pour que le moniteur puisse bien tout mesurer, c'était atroce d'être couchée ! J'avais besoin de marcher, moi ! La péridurale ? Elle m'a soulagée pendant 30 minutes, puis elle n'a plus marché, ça me déchirait le ventre mais la sage-femme ne m'a pas crue ».

« Pour mon premier, interdit de boire ou de manger pendant les 32h qui ont suivi la perte des eaux, j'étais exténuée. Pour mon deuxième pareil mais cela a été plus rapide. Pour mon troisième (dans une autre maternité), j'ai pu boire et manger sans problème ».

« Je devais pousser, c'était plus fort que moi mais je n'avais pas le droit d'écouter mon corps car le gynécologue n'était pas encore arrivé. La sage-femme m'a dit de respirer et de tenir bon puis elle est partie pendant ce qui semblait être une éternité. Quand le gynécologue est enfin arrivé, il m'a dit de pousser mais là, plus rien. Ils ont dû utiliser des ventouses pour sortir mon bébé. La prochaine fois, je vais pousser quand j'en aurai envie! ».

« J'avais envie d'accoucher sans péridurale, c'était important pour moi d'essayer de gérer la douleur avec mes propres moyens. Quand j'ai commencé à avoir très mal, la sage-femme a vraiment insisté pour qu'on me la pose, elle a dit que c'était ma dernière opportunité car l'anesthésiste allait partir... ».

« Mon mari a vu le gynécologue prendre les ciseaux pour faire une épisiotomie et il lui a rappelé que je n'en voulais pas. Il a répondu que c'était indispensable. Après, l'infirmière nous a confié qu'il faisait toujours des épisiotomies. Pourquoi ne rien avoir dit quand j'en ai fait la demande? Il nous avait pourtant rassuré et affirmé qu'il n'en faisait que rarement ».

« J'ai été examinée par un assistant qui m'a dit que c'était normal, que je ne devais pas m'inquiéter, que j'étais trop sensible mais ça ne s'est pas amélioré. J'ai eu des complications, une infection au niveau de l'épisiotomie, des points qui ont lâché. Un mois après l'accouchement, je n'arrivais toujours pas à m'asseoir... Je l'avais pourtant dit, que c'était pas normal d'avoir si mal. C'était mon troisième enfant. »

«Une sage-femme est venue m'examiner et m'a dit que mon col n'était pas assez dilaté et que le temps était écoulé. Ils préparaient la salle de césarienne. Une vingtaine de minutes plus tard, je sens la tête de mon bébé près de ma vulve. J'appelle la sage-femme qui refuse de m'examiner car «Un col ne peut pas s'ouvrir de 4 cm en 20 minutes!». Mais, j'insiste tellement qu'elle finit par regarder. En deux poussées, mon bébé était dans ses bras!»

«Au cours de mon accouchement, j'ai pris les positions qui m'étaient les plus confortables. La gynécologue était étonnée de me voir prendre les positions qu'elle allait me conseiller vu la position du bébé, avant même qu'elle me le dise. Il faut dire que j'étais sa première patiente qui accouchait sans péridurale (hors urgence).» (Chloé)

«Pendant mon accouchement, j'ai voulu me masturber. J'avais entendu parler de l'importance du rôle de la stimulation du clitoris dans la physiologie du travail. Mais, c'était difficile de me laisser aller devant l'équipe médicale présente. J'ai demandé à ce qu'ils me laissent un peu seule. Mais, ils ont refusé. Je n'ai pas pu expérimenter cet acte qui avait, pourtant, beaucoup de sens pour moi.» (Manon)



Le chatte-signal



Selon un guide publié par l'OMS, «**dans le cadre d'une naissance normale, il faut une raison valable pour intervenir dans ce processus naturel**».

Les femmes «devraient être libres de choisir la position qu'elles préfèrent pour accoucher (et encouragées à choisir)». La grossesse et l'accouchement ne sont pas des maladies. **Les connaissances et technolo-**

gies médicales sont positives et améliorent la sécurité à conditions d'être utilisées à bon escient. Tout acte médical nécessite notre accord éclairé¹⁷. Pour cela, nous devons donc recevoir une information objective concernant l'acte médical: son objectif, sa nature, sa durée, son degré d'urgence, ses contre-indications, ses effets secondaires, ses risques à liés à l'intervention, ses soins de suivi, ses alternatives et ses répercussions financières. Nous pouvons retirer notre accord à tout moment!

Pendant le travail et l'accouchement, nous avons le droit...

- de vivre le travail et la naissance de notre bébé à notre rythme et sans intervention que nous ne souhaitons pas;
- d'être accompagnées par une personne de notre choix au minimum pendant toute la durée du travail et de l'accouchement;
- de refuser d'être examinées par des étudiant-e-s;
- d'être informées des motifs et des effets, pour nous et notre bébé, de toutes les interventions (déclenchement, stimulation, forceps, épisiotomie, péridurale, calmant, monitoring continu, sérum, etc.) et de refuser celles que nous ne jugeons pas pertinentes.
- de boire et de manger en tout temps;
- de pousser et d'accoucher dans la position qui nous convient le mieux;
- de limiter le nombre de personnes présentes lors de la naissance de notre enfant (proches et intervenant-e-s).

¹⁷ Pour plus d'informations sur les droits de la patiente pendant l'accouchement: cfr. <http://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2018/05/informez-vous-sur-vos-droits.pdf>

Si on nous dit que nous devons avoir une césarienne, nous avons le droit...

- de connaître les raisons médicales nécessitant une telle intervention, le degré d'urgence et les alternatives possibles;
- d'être informées sur les différents types d'anesthésie disponibles et de choisir celui qui nous convient;
- d'être accompagnées de notre partenaire ou d'une personne significative et ce, en tout temps.

Aucun examen ni aucune intervention ne sont obligatoires durant l'accouchement. Le bébé n'a pas encore de statut juridique tant qu'il n'est pas né. Les parents sont les seul-es à pouvoir décider (et imposer) les actes qui leur conviennent sur leur enfant.

Il peut être très utile de poser des questions, durant la grossesse, au/à la sage-femme ou au/à la gynécologue choisi-e sur les méthodes qu'il/elle utilise, sur les soins apportés au nouveau/nouvelle-né-e, les protocoles du lieu de l'accouchement. **Vous pouvez également négocier avec l'équipe soignante les choses importantes pour vous. La loi n'impose rien aux médecins ou aux hôpitaux concernant les protocoles.** C'est au libre choix de chaque établissement.



L'épisode 8 du podcast **Yesss - Warriors et maternité**¹⁸ parle de sexisme et de maternité... « Nos warriors vont nous raconter leurs victoires, du fait qu'il faille se battre pour pratiquer un accouchement naturel, des injonctions contradictoires à l'allaitement ou pas, de la grossophobie que subissent beaucoup de femmes dans leur parcours de grossesse, de violences obstétricales, bref de la difficulté à se faire entendre par les soignants, à faire respecter nos corps et nos choix. »

¹⁸ Podcast disponible sur : <http://yessspodcast.fr/yesss-8-warriors-et-maternite/>

CONSULTATIONS AUTOUR DE LA CINQUANTAINE ET AU-DELÀ

La chatte-
room



«Le médecin m'a dit: prenez cette pilule, vous allez vous sentir plus longtemps une femme. Cette phrase m'a vraiment choquée, je n'ai rien pigé.»
(témoignage dans Markstein C. et Szyper M.,
Le temps de s'émanciper et de s'épanouir,
éditions souffle d'or, Gap 2009 p.75.)

«À 45 ans, mon médecin m'a mise sous hormones, je ne m'étais jamais plainte de rien. J'ai l'impression que je n'ai pas eu de choix, mais j'ai accepté sans poser de questions. J'ai pensé qu'il fallait faire comme ça. Aujourd'hui, j'ai 54 ans et j'ai arrêté et je suis fâchée. Je pense qu'on m'a privé d'un vécu, qu'on m'a volé une expérience et ma capacité de vivre cette période sans médicaments de substitution.»
(témoignage dans Markstein C. et Szyper M.,
Le temps de s'émanciper et de s'épanouir,
éditions souffle d'or, Gap 2009 p.75.)

«J'ai 40 ans, mon gynécologue m'a dit qu'il était temps que je pense à faire une mammographie. Je ne suis pas d'accord.» (Natacha)

«J'ai été chez le gynécologue. Il a trouvé un fibrome sur mon ovaire et me parle d'enlever l'utérus, alors que je n'ai pas de douleur et que je n'ai jamais eu de problème de règles. Je ne comprends pas pourquoi il m'a parlé de cela.»
(Kalinka)

«Mon gynécologue que je connais depuis 30 ans m'a dit quand j'ai été ménopausée "prends ce traitement hormonal fillette et ne te pose pas de question" et 10 ans après j'ai un cancer du sein. Je suis sûre que c'est à cause des hormones. Je n'étais pas d'accord parce que j'avais entendu parler des risques d'un tel traitement. Je ne sais pas pourquoi j'ai obéi.»
(Une femme rencontrée à l'hôpital)

«Suite à un prolapsus (descente d'organes), ma gynécologue me propose une intervention chirurgicale et en même temps elle me dit qu'on m'enlèvera l'utérus et les ovaires et pourtant côté gynécologique, elle me dit à chaque visite que tout va bien. Je ne comprends pas.»
(Une femme rencontrée dans un groupe de parole)



La période autour de la cinquantaine est une période physiologique dans la vie d'une femme. **Ce n'est ni une maladie qu'il faut traiter, ni une période à risques qu'il faut surveiller.** Malheureusement, les changements hormonaux et le vieillissement sont souvent utilisés par les firmes pharmaceutiques, cosmétiques et par un certain lobby médical comme prétexte pour renforcer le contrôle de notre corps et sa surmédicalisation.

Dans la perspective d'une certaine pratique médicale, nous devrions être encadrées médicalement à cet âge plus que jamais. **Très souvent, la médecine préventive prétend nous protéger en exploitant notre peur de mourir.** Elle nous propose, voire impose, des examens préventifs alors que certains d'entre eux se sont avérés abusifs, inutiles voire préjudiciables. La médecine nous fait croire que certains de nos organes ne seraient plus nécessaires; qu'ils peuvent être enlevés alors même qu'il n'y a pas de plainte. Pour les femmes qui avancent en âge, cette médecine du «risque 0» devient une des stratégies pour les ramener dans le giron médical.

Autour de la cinquantaine, comme pour le reste de notre vie, nous pouvons donc décider de consulter de manière régulière les médecins ou au contraire de ne les solliciter que lorsque nous ressentons un problème.



La fabrique de la ménopause par Cécile Charlap offre un point de vue original, celui des sciences sociales, d'autant plus précieux que les représentations de la ménopause se nourrissent presque exclusivement des discours médicaux, qui la considèrent comme une carence, associée à un ensemble de troubles et de risques. Disponible aux éditions CNRS : <https://www.cnrseditions.fr/catalogue/sciences-politiques-et-sociologie/la-fabrique-de-la-menopause/>

LE TRAITEMENT HORMONAL DE SUBSTITUTION

Depuis plusieurs décennies, la médecine utilise le terme « ménopause » pour parler de la période que les femmes traversent autour de la cinquantaine. Il suggère que cette période est un dysfonctionnement, une maladie : les femmes autour de la cinquantaine manqueraient d'hormones. Ainsi, nous sommes encore nombreuses à consulter et à recevoir un traitement hormonal de substitution par défaut.

Lorsqu'on nous propose ces traitements, trop peu d'informations supplémentaires nous sont données :

- À quoi cela sert-il ? comment cela agit-il ?
- Quels avantages et quels inconvénients ?
À quel moment nous parle-t-on des bénéfices des bouffées de chaleur pour la santé de notre cœur ? Ou au contraire, à quel moment évoque-t-on le lien entre traitement hormonal de substitution et apparition de cancer ?
- Tout est focalisé sur les hormones, les impacts que cela peut avoir sur notre sexualité, sur nos partenaires. Mais quand est-ce que les différentes facettes de notre vie sont-elles prises en compte ? Quand fait-on référence à nos conditions de vie souvent bien chargées ?

Aujourd'hui, de nombreuses études confirment les effets secondaires graves de ce type de traitement¹⁹. Dès lors, **la discussion ne devrait plus se résumer en un débat pour ou contre les hormones de substitution. Il s'agit plutôt de réfléchir à la construction sociale qu'est la ménopause.** Dès lors que cette maladie n'existe pas, avons-nous réellement besoin d'un suivi et d'un traitement médical au cours de ce passage physiologique. Pouvons-nous nous tourner vers nos propres compétences pour gérer certains signes physiques qui apparaissent autour de cet âge ?

¹⁹ Type et moment de l'hormonothérapie ménopausique et du risque de cancer du sein : méta-analyse individuelle des participants sur les données épidémiologiques mondiales, publiée le 28 septembre 2019 dans le Lancet. Disponible en anglais sur : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31709-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31709-X/fulltext)

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

En Belgique, le Mammotest est une radiographie des seins (mammographie) proposée gratuitement tous les deux ans aux femmes entre 50 et 69 ans dans le cadre du Programme de dépistage du cancer du sein mis en place en Belgique conformément aux recommandations européennes.



La chatte
de garde

Plus d'informations sur le Programme de dépistage organisé en Belgique sur www.cancer.be

Ce dispositif est questionnable. La tranche d'âge choisie est arbitraire. Souvent, les médecins peuvent nous proposer de faire une mammographie plus tôt sous prétexte d'antécédents familiaux ou d'hérédités. Mais qui n'a pas au moins une femme dans sa famille qui a été diagnostiquée, traitée ou qui est décédée d'un cancer du sein ? **Les antécédents médicaux et la génétique mettent de côté l'impact de nos conditions de vie sur notre santé**, mais aussi que les rayons des mammographies sont également néfastes et que certaines femmes peuvent être particulièrement sensibles à ceux-ci, engendrant un cancer du sein.

À nouveau, **l'information concernant ce dépistage est incomplète**. On nous parle peu des bénéfices réels et des coûts de ce dépistage sur la santé des femmes:

- le nombre important de faux-positifs: c'est-à-dire qu'une femme va être diagnostiquée positive mais qu'après des examens complémentaires, on remarque qu'elle n'a pas de cancer;
- le nombre important de surdiagnostic (le fait qu'un cancer détecté doit être soigné, mais peut-être qu'il se serait résorbé tout seul);
- etc.

Une certaine perspective de la médecine rend invisible le fait qu'il est possible de travailler collectivement sur nos ressources internes et externes pour mieux prendre soin de nous-mêmes: penser et agir sur nos conditions de vie, nos conditions de travail, nos conditions familiales, la surcharge de travail domestique, la charge mentale, notre isolement...



Le site d'informations sur le dépistage du cancer du sein, Cancer Rose

(<https://cancer-rose.fr/>), a pour objectif de faire connaître les données scientifiques les plus objectives et les plus récentes sur le dépistage du cancer du sein, celles auxquelles vous avez droit, et dont on vous prive lors de la campagne rose.



LES OUTILS POUR RÉAGIR, LES MOYENS POUR SE DÉFENDRE

En chacune de nous se trouve une chattewoman. Cette superhéroïne nous aidera à assurer notre sécurité, notre intégrité et nos droits reproductifs et sexuels. Que ce soit face à un-e gynécologue, un-e partenaire ou des tierces personnes qui se croient permis de commenter, juger, toucher... nous pouvons sortir nos griffes ! Comme toute chatte qui se respecte, chattewoman a différents super-pouvoirs qu'elle met à notre disposition. À nous de choisir lequel nous convient le mieux, en fonction de la situation et notre humeur du jour. Au plus nous utiliserons nos super-pouvoirs, au plus nous nous sentirons fortes et expertes.

Les superpouvoirs suivants sont issus de l'autodéfense féministe. Cette pratique de prévention des violences a été développée à différents endroits de la planète et sous différentes formes. Ce que ces méthodes ont en commun, c'est :

- de réfléchir ensemble sur **les violences qui touchent, de manière spécifique ou disproportionnée, les femmes et les filles** et de questionner les structures de la société qui facilitent et légitiment ces violences ;
- de **déconstruire les stéréotypes** des femmes faibles et fragiles et des hommes invulnérables et de combattre les mythes sur les violences qui empêchent les femmes et les filles de faire respecter leurs limites et de les protéger ;
- de permettre à chaque chattewoman de **choisir dans une boîte à outils des techniques** mentales, émotionnelles, verbales et physiques de prévention et de protection ;
- de **déculpabiliser des victimes** pour les violences qu'elles ont subies ou vont encore subir et de placer la seule et unique responsabilité de la violence chez l'auteur ;
- de **briser l'isolement et de renforcer les solidarités** entre les femmes et filles, au-delà des différences qui nous séparent.

L'autodéfense féministe n'est pas tombée du ciel, mais est le fruit des expériences des femmes à travers le monde. Même sans jamais avoir suivi une formation en autodéfense, nous utilisons toutes déjà des stratégies et techniques qui nous ont été transmises. Suivre une formation élargit encore notre répertoire et peut renforcer notre confiance en nous pour que nous osions laisser chattewoman sortir quand nous avons besoin d'elle. Et ce travail en groupe nous permet de comprendre que, même si nos démarches ne stoppent pas la violence, nous n'en sommes pas responsables. Les responsables sont les personnes qui commettent la violence, par indifférence, ignorance ou mauvaises intentions.

CHATEWOMAN PRÉPARÉE - CHATEWOMAN ARMÉE

Nous sommes les expertes de nos corps, que cela se dise ! Mais quand notre expertise rencontre celle des professionnel·le·s de la santé, il y a parfois des contradictions. C'est pourquoi **il est important de s'informer sur le fonctionnement de notre corps, des procédures et leurs alternatives et des droits** que nous avons en tant que patientes et usagères. Cela nous permettra d'évaluer les opinions et actes des professionnel·le·s, de demander clairement ce que nous voulons et de chercher d'autres professionnel·le·s quand les nôtres ne tiennent pas compte de ce que nous disons. Ce n'est pas parce que les professionnel·le·s ont fait des études universitaires qu'ils et elles savent ce qui est le mieux pour nous : par exemple, avoir un examen gynécologique à l'anglaise (couchée sur le côté) plutôt que couchée sur le dos (les jambes écartées et les pieds dans les étriers). Nos corps, nos choix, nos droits !



Les services de santé sont souvent soumis à des cadences soutenues. Les consultations peuvent être très brèves et laissent peu de place aux questions que nous nous posons sur notre santé, les procédures et les traitements. **Préparer à l'avance les questions que l'on se pose peut nous aider à créer un dialogue** avec les professionnel·le·s de la santé et permet de prendre notre place dans la relation de soin. Parfois, quand la situation est nouvelle, on ne sait pas toujours quelles questions poser. **Discuter avec des ami·e·s ou avec un collectif de femmes, d'usagères ou de patientes** permet de se préparer/d'imaginer la situation.

De même, il est important de s'entourer de personnes de confiance qui peuvent nous soutenir, notamment à des moments clés de nos contacts avec le monde médical. Première consultation gynéco, accouchement, interruption volontaire de grossesse, résultats d'analyse concernant les infections sexuellement transmissibles, dépistage et/ou prise en charge des cancers... autant d'occasions où cela fait du bien de ne pas être seule ! Une bonne personne de confiance est quelqu'un·e à qui nous osons parler même de choses intimes, qui écoute nos avis, ressentis et besoins sans jugement et qui respecte nos décisions. Elle peut prendre la relève quand nous ne sommes pas capables de faire valoir nos choix et nos droits. Nous avons le droit d'être accompagnées dans nos démarches.

La préparation, l'information et l'entourage pour plus d'autonomie, c'est aussi le principe du mouvement d'auto-santé (voir p.61). Ces pratiques permettent de prendre en charge une grande partie de sa santé reproductive et sexuelle, de mieux évaluer les contacts avec les professionnel·le·s de la santé et de leur poser des limites.

Une grande partie des violences médicales sont le résultat de conditions de travail précaires. L'obligation de la rentabilité affecte la qualité des soins médicaux. Le sexisme, racisme et d'autres formes de discriminations se joignent à ce problème.

Nous soutenons les actions collectives qui dénoncent les politiques d'austérité, les violences et les effets négatifs que cela peut avoir pour nous.

« Avant mon accouchement, mon compagnon et moi avons rédigé une liste de ce que nous voulions ou ne voulions pas, par exemple "je ne veux pas: d'épisio, qu'on me lave ou nettoie la poitrine, qu'on jette le placenta... Je veux: pouvoir changer de position sans qu'on m'embête, être en peau à peau avec mon bébé dès la naissance...". La rédaction était l'occasion d'exprimer clairement des désirs ou refus à mon compagnon, puis le résultat m'a servi de base pour échanger, bien avant l'accouchement, avec les différent·e·s professionnel·le·s qui allaient m'accompagner. Lorsque finalement des complications m'ont conduite à l'hôpital après 40h de contractions, j'étais heureuse d'avoir ce document qui résumait ce que je n'avais pas l'énergie de dire. » (Eglantine)

«Une fois, pour tester la connaissance du de la soignant-e sur la transmission du VIH, j'ai demandé pourquoi il/elle ne mettait pas de gants pour faire la prise de sang. La personne m'a dit que cela n'était pas nécessaire. Elle était donc au courant qu'une personne qui prend son traitement et qui a une charge virale indétectable, n'est pas à risque de transmission.» (Chris)

«J'ai été diagnostiquée positive pour un papillomavirus, responsable du cancer du col de l'utérus. Ma gynécologue n'explique jamais grand-chose parce qu'elle me connaît. Je n'ai pas osé poser de questions. J'ai été voir un oncologue (médecin spécialiste des cancers) qui m'a demandé si on m'avait expliqué, j'ai dit que non et du coup, il a mieux expliqué.» (Patricia)

COURAGE, FUYONS !

En tant que chattewoman, nous ne devons rien à personne. Nous ne sommes ni obligées de défendre notre honneur, ni tenues à absolument éduquer des professionnel-le-s ou leur tenir tête. **Ne pas être là où ça fait mal, où il y a des problèmes, est une stratégie tout à fait légitime pour prendre soin de nous-mêmes et de nos droits.** Nous avons aussi le droit de choisir nos combats et nos priorités. Ce n'est pas forcément sur la table d'examen chez un-e gynéco avec les jambes en l'air que chattewoman doit mener une discussion sur le sexisme médical. Une fuite peut se faire discrètement : ignorer une question, changer de sujet si on est mal à l'aise, ne pas relever une blague déplacée... Elle peut aussi se faire avec les pieds : changer de professionnel-le et/ou de lieu de soins.



« Quand j'étais enceinte de 20 semaines, j'ai demandé à mon gynécologue s'il était possible de visiter la maternité. Il m'a dit : " cela est prévu à 28 semaines ". Pour moi, c'était beaucoup trop tard. J'ai décidé de changer de lieu de soins. Mon gynécologue n'a pas fait suivre mon dossier médical. J'ai dû refaire une série d'exams, mais on a répondu à mes questions. » (Manon)

« Tout le monde n'a pas l'aplomb ou les compétences pour contredire le/la médecin, le/la remettre en question, être honnête envers lui/elle, etc. Il y a la peur de se faire engueuler si on ne suit pas le traitement. Il y a un problème de paternalisme. » (Lucie)

« Je repère les bon-ne-s médecins au fait d'avoir lu ou pas mon dossier. S'ils/elles font attention ou non au bien-être global du patient, s'ils/elles se documentent quand ils/elles sont face à une maladie qu'ils/elles ne connaissent pas. C'est comme ça que je décide si je garde ou non le/la médecin. Un-e médecin qui n'est pas rassurant-e, qui ne se documente pas, qui ne fait pas attention à la personne, je ne le/la garde pas. » (Aurore)

Certaines chattewomen diront qu'elles n'aiment pas la fuite car elles se sentent perdantes. Pour éviter qu'une fuite ait un impact négatif sur notre confiance en nous-mêmes, nous pouvons fuir de manière forte.

La fuite forte consiste tout simplement en l'explication à voix haute de ce que nous faisons : « je ne réponds pas à cette remarque » ou « je vais m'en aller maintenant ». Cela montre que ce n'est pas par faiblesse que nous fuyons, mais par choix.

D'autres diront que si toutes les chattewomen fuient, rien ne changera jamais. C'est oublier les mécanismes du marché qui règnent sur le monde médical ! Chaque consultation, chaque acte médical posé signifie un revenu pour les professionnel-le-s ou le service en question.. Par conséquent, si de plus en plus de femmes évitent certains lieux ou professionnel-le-s et en préfèrent d'autres, plus respectueux/euses de leurs besoins, cela a un impact économique direct. Voter avec les pieds peut faire réfléchir et peut entraîner des changements dans un secteur entier !

L'ART DE LA CONFRONTATION

Nous avons plus de chance d'obtenir les informations et services que nous voulons en étant directes. **Quand nous posons des questions, n'hésitons pas à être précises.** Ce sont nos corps, notre santé qui sont en jeu, et l'éventuelle susceptibilité des professionnel-le-s est secondaire. Par exemple: «je n'ai pas compris ce que vous voulez dire par expression abdominale, en quoi cela consiste-il exactement?», «combien d'épisiotomies avez-vous pratiquées ce dernier mois?» ou «qu'allez-vous faire pour assurer que je n'aurai pas mal pendant l'examen?». Cela met les professionnel-le-s devant leurs responsabilités et leur montre que c'est nous qui sommes au gouvernail dans la relation de soin. Si ils ou elles ne supportent pas ce ton direct, cela peut nous indiquer un manque d'écoute et d'ouverture, ce qui n'inspire pas confiance.



Mais nous avons aussi le droit de dire ce que nous voulons et ce que nous ne voulons pas sans passer par des questions. Cela s'appelle donner des ordres. En fonction de la situation et de l'état d'hérisssement de notre chattewoman intérieure, nous pouvons faire des demandes diplomates: «je préfère nettement les méthodes de contraception non-hormonales». Ou nous pouvons sortir nos griffes: «arrêtez de toucher mon vagin sans mon accord!» **Pour des situations plus complexes, y compris celles qui nous mettent mal à l'aise, chattewoman propose la technique des trois phrases** (voir tableau ci-contre). Cette technique permet de poser des limites claires et indiscutables tout en respectant la personne en face. Un super-pouvoir précieux en toute circonstance!

Première phrase : décrire le problème	Deuxième phrase : décrire le ressenti	Troisième phrase : décrire la solution
Vous ramenez mes problèmes de santé à mon poids.	Je ne me sens pas prise en compte.	Faites vos examens comme pour n'importe quelle autre femme.
Vous me dites qu'il faut faire un frottis.	Ça m'étonne.	Expliquez-moi pourquoi c'est nécessaire.
Vous me demandez de parler de mes pratiques sexuelles pour un don de sang.	Ça me choque.	Je vous demande de respecter ma vie privée.
Vous jugez mon choix.	Ça me révolte.	Gardez vos opinions pour vous.
Vous ne me présentez qu'un seul médicament comme solution.	Je me sens forcée de le prendre.	Expliquez-moi les autres options.
Vous me dites que je vais mourir si je ne fais pas comme vous voulez.	Ça m'angoisse.	Prenez le temps de m'expliquer les risques de chaque alternative.
Vous touchez mon vagin sans me demander, ni prévenir.	Je me sens violentée.	Ne le faites jamais plus !
Vous ne me prenez pas au sérieux quand je dis que j'ai mal.	Ça m'insupporte.	Faites-moi cette péridurale tout de suite !
Vous me demandez si j'ai eu un problème avec la contraception.	Ça me fait me sentir bête.	Sachez que, très souvent, il n'y a pas de lien entre une demande d'IVG et un problème de contraception.

Ça paraît peut-être très difficile, car souvent on est impressionné-e, ou on a pas l'habitude, mais c'est efficace et ça permet de reprendre confiance en soi !

«L'année passée, j'étais enceinte. Comme j'avais des pertes, je suis allée au service gynéco de mon hôpital. On m'a fait des examens tous les deux jours, pendant deux semaines, chaque fois avec un-e autre gynéco à qui il fallait expliquer toute mon histoire, et en plus, les examens prenaient toute la journée. On soupçonnait une grossesse extra-utérine, mais aucun-e des gynécos n'osait prendre la décision de terminer la grossesse. Jusqu'au jour où j'en avais marre. J'ai demandé: «mais qu'est-ce que vous attendez? Il n'y a rien à voir dans les échographies. C'est donc une grossesse extra-utérine. Vous voulez que mon ventre explose?» J'ai refusé de sortir de l'hôpital sans mon traitement. Et j'ai obtenu une injection. Il fallait encore une semaine pour vérifier que la grossesse était bien terminée.» (Karima)

«J'ai accouché d'un siège par voie basse après avoir refusé catégoriquement la césarienne proposée (voire imposée selon le protocole de la maternité). Ben, ça s'est passé comme une lettre à la poste! Le tout sans péridurale et à quatre pattes!» (Nadiejda)

FAIRE UN SCANDALE



Rendre public ce qui se passe est un sacré obstacle pour un-e professionnel-le. **Quelqu'un-e qui a commis une erreur ou une transgression ne voudrait pas que ça se sache et c'est une excellente motivation pour ne pas recommencer.** Il n'est pas nécessaire d'organiser une conférence de presse pour faire un scandale. La plupart du temps, il suffit d'informer d'autres personnes de ce qui nous dérange.

Cela a plusieurs avantages :

- sortir de l'isolement et trouver des allié-e-s ;
- attirer le regard des autres sur le problème ;
- confronter le/la professionnel-le à son comportement ;
- faire respecter notre accord ou notre refus.

Cela élargit le cercle de responsabilités pour stopper la situation. Par exemple, d'autres professionnel·le·s présent·e·s pourront plus facilement intervenir en notre faveur si nous disons haut et fort: «Vous touchez mon vagin sans mon consentement, c'est de la violence!».

Finalement, nous pouvons aussi utiliser cette stratégie pour avertir d'autres femmes de professionnel·le·s irrespectueux/ses et entamer une fuite collective. Si en sortant du cabinet nous informons toute la salle d'attente que tel·le professionnel·le se permet des blagues racistes, ne prend pas au sérieux notre douleur ou impose des actes ou traitements contre notre gré, d'autres femmes pourront choisir si elles ont envie de tenter leur chance ici ou de chercher mieux ailleurs.

«Après une longue période de rapports sexuels exclusivement avec des femmes, j'ai rencontré un homme. Nous sommes allés ensemble à une consultation gynéco pour décider d'un moyen de contraception. Sauf que la médecin a refusé que mon partenaire m'accompagne dans la salle de consultation, malgré mon insistance. En plus, la constitution de mon dossier, le frottis et l'information sur les moyens de contraception étaient terminés en neuf minutes top chrono. J'ai écrit une lettre aux membres du CA du centre de planning pour les informer de ce mauvais accueil que nous avons reçu. On m'a répondu que ce traitement était à l'encontre des valeurs du centre et qu'un avertissement a été fait à la médecin.» (Irene)

ET APRÈS ?

La bonne nouvelle est qu'il n'est jamais trop tard pour chatte-woman d'intervenir. Même si, sur le moment, nous n'avons pas su réagir comme nous l'aurions voulu ou si c'est seulement après-coup que nous nous rendons compte que la situation était inacceptable, nous pouvons agir pour nos droits. **Le plus important est de nous rappeler que nous ne sommes JAMAIS responsables de cette violence.**

Nos réactions (ou notre absence de réactions) ne justifient pas un manque de respect, ou une agression. Les responsables, ce sont les professionnel·le·s, l'organisation et le système des soins (financement, hiérarchie, manque de formations et de moyens, protocoles).

Quand nous avons vécu une situation de violence, nous pouvons avoir le sentiment qu'il n'est plus opportun de faire quelque chose, que « c'est fini » ou que « je n'ai rien osé dire, c'est trop tard ». **Il est néanmoins important de faire quelque chose avec ce vécu difficile pour qu'il ne continue pas à nous faire du mal et qu'il puisse prendre du sens.** Ce n'est pas obligatoire de se confier immédiatement : il est toujours possible d'en parler même longtemps après, quand on se sent plus en sécurité ou plus en mesure d'affronter un souvenir douloureux. Rappelons que les collectifs ou cercles de femmes, les associations de patientes, les groupes de paroles sont des lieux qui permettent de dire notre malaise face à une violence vécue, un acte chirurgical mutilant et imposé (une épisiotomie, une césarienne, une mastectomie, une ovariectomie), aux propositions insistantes de reconstruction mammaire, à la culpabilisation d'avoir pris des hormones de substitution, d'être trop grosse, de ne pas s'être faite dépister...



En plus d'être écoutées et soutenues, nous pouvons aussi avoir besoin de nous libérer d'un vécu en confrontant le/la responsable avec notre vérité. Recevoir la confirmation que quelque chose d'inadmissible s'est produit, peut soulager notre peine. Et à long terme, les plaintes de toutes les chattewomen peuvent faire bouger les choses afin que nos chattonnes ne doivent plus vivre ce genre de situations.

« J'étais enceinte au troisième mois, mais j'avais des pertes et des douleurs. Au début, les gynécos disaient que c'était normal. Je me suis rendue trois fois la même semaine aux urgences gynécologiques, avec des serviettes hygiéniques remplies de sang pour prouver que c'était grave. Chaque fois, je tombais sur la même médecin. Elle disait que je me faisais des idées et que j'exagérerais, mais n'a jamais pris le temps de faire un examen. La troisième fois, elle m'a dit: "si vous revenez encore, je ne vous prendrai pas en charge." Le soir de ce jour-là, j'avais des contractions et des pertes et je savais que c'était trop tard. Je suis retournée aux urgences où on a constaté la mort de mon bébé. J'ai passé la nuit à l'hôpital et je revois cette gynéco le matin à la visite. Elle était toute surprise. Je lui ai dit mes quatre vérités, et tout le personnel a accouru. Elle m'a répondu qu'elle connaissait une dame qui avait fait quatre fausses couches et a quand même réussi à avoir des enfants. Je lui ai rétorqué: « Je m'en fous de cette femme! C'est moi qui étais en cause et vous ne m'avez pas prise au sérieux! ». Elle n'avait plus rien à dire et est sortie. J'ai demandé une autopsie et on a constaté que mon bébé avait une infection soignable. J'ai demandé de ne plus être en contact avec cette médecin, mais à ma prochaine grossesse, à l'accouchement, je tombe sur elle car elle était de garde. Je l'ai ignorée le plus possible et je voyais bien qu'elle me reconnaissait et qu'elle était mal à l'aise. »
(Loulbna)

PORTER PLAINTE

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient impose une série de règles au corps médical dans son rapport avec les patient·e·s. Ainsi, un·e soignant·e a l'obligation d'obtenir notre consentement libre et éclairé. Cela implique, notamment, qu'il/elle doit nous expliquer notre état de santé, ses conséquences, les différents traitements et actes possibles ainsi que leurs risques et leurs bénéfices.

Cette loi ne prévoit pas de sanction. C'est alors le régime juridique général qui s'applique : la responsabilité civile ou pénale. Ainsi, il existe différents moyens de protéger nos droits face aux soignant·e·s.

1. Si le/la soignant·e ne respecte pas la loi du 22 août 2002, nous pouvons introduire une action contre elle ou lui. Nous devons prouver une faute (le non-respect de la loi, par exemple), un dommage et un lien entre la faute et le dommage. Il faut démontrer que, sans la faute (l'erreur commise par le/la soignant·e), le dommage n'aurait pas eu lieu ; que c'est à cause de la faute que le dommage a eu lieu.
2. Si nous avons des lésions physiques, nous pouvons aussi porter plainte contre le/la soignant·e dans un commissariat ou directement auprès du Procureur du Roi. Le/la soignant·e pourra être poursuivi pour « coups et blessures volontaires » ou « involontaires ». C'est alors le Parquet (la police, le Procureur du roi et le juge d'instruction) qui mènera l'enquête et lancera le procès si les preuves sont suffisantes.



3. Dans tous les cas, à notre demande, le/la soignant-e a l'obligation d'envoyer une copie de la totalité du dossier médical. En cas de conflit, lorsque le/la soignant-e travaille en hôpital, nous pouvons introduire une plainte auprès du médiateur des droits des patient-e-s. L'hôpital doit nous donner les références de celui-ci (sur leur site internet, par téléphone ou à l'accueil). Une conciliation peut avoir lieu entre le/la médecin et nous. Celle-ci est organisée par le/la médiateur/trice. Si le/la médecin ne travaille pas en hôpital, nous pouvons nous adresser directement à elle ou à lui, ou encore à l'ordre des médecins.



Nous devons être conscientes que “porter plainte” n’est pas facile. Cela peut même constituer un vrai parcours de la combattante.

Même avec les preuves suffisantes, le Parquet pourrait ne pas donner crédit à la plainte. La médiation avec l'hôpital est également biaisée puisque le/la médiateur/trice est payé-e par l'hôpital lui-même pour gérer les conflits avec des patient-e-s. Quant au fait de recevoir son dossier médical, nombreuses sont les patientes à ne jamais y parvenir. Ces constats ne doivent pas nous décourager, mais au contraire, mieux nous préparer à la lourdeur de la procédure et anticiper les coups durs.

À côté du combat pour obtenir justice pour soi-même, nous pouvons aussi nous battre ensemble pour faire évoluer les mentalités. **Militer au sein d'un groupe bienveillant et participer à ce que le monde bouge, c'est bon pour la santé!**



Il est souvent utile d'être accompagnée par un-e avocat-e spécialisé-e ou une association spécialisée sur ces questions pour que nos droits soient bien défendus, par exemple les asbl **Femmes de droits-Droits des femmes** (<http://femmesdedroit.be/>) ou **Prémisse** (<https://premise.be/>).

L'AUTO-SANTÉ ET L'AUTO-SUPPORT, UNE FORME D'AUTODÉFENSE

***« Si toutes les femmes de la terre se réveillent demain
et se sentent bien et puissantes dans leurs corps,
l'économie mondiale et avec elle le système capitaliste
s'effondrerait du jour au lendemain. »***

(Laurie Penny, bloggeuse et féministe anglaise)



Face à une société qui nous met en doute par rapport à notre corps, face à une médecine autoritaire et patriarcale, les chattewomen s'organisent pour reprendre possession de leurs corps.

Les espaces d'auto-santé ou d'auto-support sont des lieux où nous nous offrons un soutien et une écoute mutuelle, en l'absence de professionnel-le-s. Nous témoignons; nous échangeons nos savoirs et vécus; nous nous informons; nous débattons sur la diversité de nos expériences; nous identifions des remèdes simples qui peuvent nous soulager; nous nous soutenons avant d'aller à une consultation médicale.

Grâce à la parole collective, nous reprenons confiance en nous-mêmes et nous découvrons des gestes simples que nous pouvons faire pour nous-mêmes, pour prendre soin de nous et de notre corps. Cela nous permet de nous détacher de ce que la société et la médecine pensent de nos corps et de nos sexualités: nous pouvons donner de nouvelles significations à ce qui nous arrive.

«Depuis que je participe au cours et que je partage mon vécu avec d'autres femmes du même âge, mon regard sur elles a changé. Je regarde les femmes de mon âge avec beaucoup plus de tendresse.»
(Le temps de d'épanouir et de s'émanciper, op.cit. p91).



L'auto-santé ou l'auto-support ne signifie pas rejeter les informations scientifiques et médicales: au contraire, nous identifions celles qui prennent en compte la spécificité du corps des femmes et de nos vécus dans une société machiste. Nous sélectionnons celles qui sont attentives aux stéréotypes de genre et évitent des discours moralisateurs.



L'AUTO-EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

Ces rencontres vont spécifiquement aborder l'anatomie de la vulve et du vagin.

- Pour commencer, les participantes étudient ensemble en théorie quelques bases d'anatomie du sexe féminin.
- Ensuite, elles passent à la pratique en observant, à l'extérieur, leur vulves et, à l'intérieur, leur vagins et leur cols de l'utérus à l'aide d'un spéculum en plastique, d'un miroir et d'une lampe de poche. Ainsi, les femmes apprennent à observer et à explorer ce lieu intime, qui est traditionnellement réservé au jugement et à l'interprétation des médecins. Grâce à une meilleure connaissance de leur corps, les femmes acquièrent une plus grande confiance en elles-mêmes.
- L'atelier s'organise dans un lieu agréable en prenant en considération les besoins d'intimité de chacune. L'ambiance est chaleureuse et bienveillante. Chaque femme décide, si elle souhaite pratiquer cette auto-observation en groupe lieu intime ou si elle préfère de se retirer pour être seule.
- Après la séance, les femmes échangent.



L'AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX AUTOGÉRÉ

L'avortement médicamenteux autogéré est le fait de se procurer et utiliser des médicaments qui déclenchent une fausse-couche, sans passer par une structure médicale. Il permet aux femmes de décider de faire un avortement quand, où et comment elles le veulent, sans devoir être dépendantes de l'accord ou approbation de l'État, des structures médicales ou des professionnel-le-s de santé. C'est une réalité de plus en plus répandue car il y a des contextes où des lois d'avortement sont très restrictives et/ou où il y a beaucoup de barrières (financières, logistiques) à l'accès aux services d'avortement.



Partout dans le monde, des chattewomen se mobilisent en réseau de soutien solidaire pour se réapproprier leurs vies reproductives et leur liberté à disposer de leurs corps. C'est une réponse subversive face à une société et un état qui ne respecte pas les droits humains des femmes et persiste à les stigmatiser parce qu'elles osent refuser la maternité/la grossesse. Ce savoir-faire se transmet entre femmes pour des femmes et est une option d'avortement sécurisé, qui peut être préférée par certaines femmes^{20,21}

20 Comprendre l'avortement autogéré comme une inégalité en matière de santé, une réduction des méfaits et un changement social, publié en novembre 2018. Disponible en anglais sur PubMed : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30231807>

21 Mettre les pilules abortives entre les mains des femmes: réaliser le plein potentiel de l'avortement médicamenteux, publié en 2017. Disponible en anglais sur Contraception, le Journal international de santé reproductive : [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(17\)30372-4/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(17)30372-4/fulltext)

« Mon avortement (autogéré) était magnifique. Je suis très privilégiée, j'ai eu beaucoup de soutien, sans jugements. J'ai fait mes rituels de soin... »

« Tout (l'avortement autogéré) était si simple et calme que parfois je ne savais pas si c'était réel, pas de douleur, pas de traumatisme et beaucoup d'informations. »

Il faut savoir que dans la plupart des pays comme en Belgique, un avortement autogéré est un avortement hors cadre légal.

Il peut être puni par la loi car l'avortement ne peut être pratiqué que par des médecins. De plus, l'accès aux bons médicaments, en pharmacie avec ou sans ordonnance, peut être une tâche difficile, voire impossible. Même si Internet a permis un accès plus aisé aux pilules, il y a toujours le risque d'acheter en ligne des médicaments contrefaits ou de se les faire confisquer par l'agence des médicaments et de devoir donner des explications à cette même agence.

Dans le cadre d'un avortement autogéré, il est crucial d'être bien informée.

Les professionnel-le-s ne peuvent distinguer un avortement médicamenteux d'une fausse couche. En cas de besoin de soins d'urgence ou en cas de doute quant au bon déroulement d'une fausse couche ou d'un avortement, vous avez le droit à des soins médicaux, quelle que soit la situation.



Women Help Women

(<https://womenhelp.org/>) donne des informations et des conseils sur l'avortement autogéré et des infos pour mieux connaître ce mouvement international.

Le référentiel Auto-santé des Femmes

(<https://www.femmesetsante.be/ressources/le-referentiel-auto-sante-des-femmes/>) a été co-écrit et co-édité avec Femmes et Santé asbl, la Fédération Pluraliste de Centres de Planning Familial et Le Monde selon les femmes asbl dans leur collection intitulée les Déclics du genre. Il s'agit d'un inventaire des contenus, fiches techniques, méthodes participatives et créatives pour aborder diverses thématiques en lien avec la santé des femmes: l'immunité, la santé du cœur, du sommeil, des seins, du périnée, la période de la cinquantaine ainsi qu'une approche intergénérationnelle de la santé.

Les asbl **Corps écrits** (<https://www.corps-ecrits.be/>) et **Femmes Prod** (<https://femmesprod.com/>) sont également des lieux-ressources autour des questions d'auto-santé et d'auto-examen.

UN MOT SUR LES INITIATRICES DE CE MANUEL



Avant la vague de mobilisation autour des violences faites aux femmes, des femmes ont dénoncé les violences gynécologiques et obstétricales qu'elles avaient subies. Ces témoignages rendus publics ont attiré l'attention des médias qui ont commencé à en parler de plus en plus. Néanmoins, peu d'outils d'autodéfense féministe en français ont été développés jusqu'ici.

En 2017, le guide *Violencia obstétrica y aborto*²² suggérait qu'il était possible et même souhaitable que les femmes développent des outils d'autodéfense face à cette forme de violence. Ce manuel a été traduit en français et adapté pour les pays d'Europe et d'Afrique. Il porte spécialement sur les avortements. Il est publié quelques mois plus tard en Belgique par Le Monde selon les femmes, la Marche Mondiale des Femmes, le Gacehpa et Bruxelles Laïque, avec le soutien de Women Help Women.

Deux années plus tard, cette initiative s'élargit à d'autres situations où les femmes font appel aux services de santé sexuelle et reproductive. L'accent est mis sur les ressources et les comportements d'autodéfense portés par les femmes. Il propose des actions concrètes qu'elles peuvent développer individuellement en cas de violence de la part des professionnel·le·s de la santé.

Une alliance entre des associations féministes et des associations investies dans la liberté des femmes à disposer de leur corps nous propose d'utiliser sans complexes nos super-pouvoirs... parce que l'autodéfense est aussi collective!

²² Disponible sur : https://womenhelp.org/es/media/inline/2017/5/28/autodefensa_de_violencia_obstetrica.pdf



BRUXELLES LAÏQUE

Régionale bruxelloise du Centre d'Action Laïque, Bruxelles Laïque est une asbl qui, depuis 1979, est chargée de la promotion de la laïcité en Région bruxelloise. Ce sont des femmes et des hommes engagé-e-s dans une action commune de développement politique, social et culturel de la laïcité, dans la défense des valeurs, des principes et des idéaux démocratiques. La laïcité distingue et sépare le domaine public, lieu d'exercice de la citoyenneté, du domaine privé où se déploient les libertés individuelles de pensée, de conscience et de croyance.



FEMMES DE DROIT - DROIT DES FEMMES

Est une asbl qui vise à soutenir et à promouvoir les droits des femmes. Dans ce cadre, nous travaillons activement à informer les femmes sur leurs droits, à les accompagner dans leurs démarches juridiques et à militer pour plus d'égalité entre tous et toutes.



FEMMES ET SANTÉ

Est une asbl féministe de promotion de la santé. Nous interrogeons la médicalisation des cycles de vie des femmes et l'impact du genre sur leur santé. Dans ce cadre, une attention est portée autour des relations de pouvoir qui peuvent exister entre soignant-e-s et soignées. Femmes et Santé soutient l'auto-santé comme un moyen de réappropriation du corps et un chemin d'émancipation des femmes vis-à-vis d'une posture médicale autoritaire et violente.



**GROUPE D'ACTION DES
CENTRES EXTRA HOSPITALIERS
PRATIQUANT L'AVORTEMENT**

GROUPE D'ACTION DES CENTRES EXTRA HOSPITALIERS POUR L'AVORTEMENT (GACEHPA)

Le GACEHPA regroupe 22 centres extrahospitaliers pratiquant des avortements en Belgique francophone. Il coordonne l'action et la solidarité entre ces centres, organise les formations et des recyclages pour les différents intervenant·e·s et milite pour le droit à l'avortement en Belgique et à l'étranger.



GARANCE

Depuis sa fondation en 2000, Garance asbl se concentre sur la prévention primaire des violences liées au genre. Nous travaillons à renforcer le pouvoir et la sécurité des femmes et des publics mis en situation de vulnérabilité, en développant l'autodéfense féministe et en agissant politiquement.

Nous donnons des formations participatives et livrons une analyse critique des conditions sociales et politiques qui conduisent à la violence. À cotés de ces différentes formations, nous mettons à disposition des outils (manuels de prévention, matériel pédagogique) que les personnes peuvent s'approprier pour mettre un terme aux agressions.

Les valeurs de Garance sont la solidarité, l'inclusivité, la participation et l'empouvoirement.



WOMEN HELP WOMEN

Women Help Women est une organisation internationale à but non lucratif qui milite pour l'accès à l'avortement. Nous sommes des activistes féministes, des conseillères, des professionnel·le·s de la santé et des chercheurs/euses basés sur 4 continents. On concentre nos efforts sur le soutien à l'avortement autogéré, en particulier dans les endroits où l'avortement est restreint par des lois, par la stigmatisation et par le manque d'accès aux services d'avortement.



Plateforme citoyenne pour une naissance respectée

PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE

Depuis 2014, la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée est une asbl qui rappelle le droit des femmes à choisir les circonstances de leur accouchement dans l'intérêt des mères, des nouveaux/nouvelles-né-es et de leur partenaire. Elle fait partie de la fédération des associations de patients (LUSS). Nos actions sont variées: campagnes médiatiques, publications, information, événements publics, rencontres avec le grand public, avec les soignants, interpellations politiques. Nous sommes des citoyen·ne·s, usagères, parents, professionnel·le·s de la santé, associations, féministes, représentant·e·s de la société civile.



