



LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DANS LE CADRE DES CENTRES DE PLANIFICATION : L'EXEMPLE DU DÉPARTEMENT DE SEINE-SAINT-DENIS

Aurore KOEHLIN

Sociologue, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne

À contre-courant de nos représentations, la gynécologie médicale n'est pas en France non plus, une discipline médicale qui se pratique uniquement en cabinet libéral, exercée par des spécialistes, les gynécologues médicales¹. Une grande partie de la prise en charge gynécologique est en fait effectuée dans le cadre de Centres de Planification et d'Éducation Familiale (ou CPEF), initialement instaurés par la loi Neuwirth de 1967, intégrés à différents types de structures publiques.

En juin 2011, on compte 1 200 centres sur l'ensemble du territoire national, répartis dans 390 établissements différents², dont seuls 2 % sont gérés par l'association du Mouvement Français pour le Planning Familial³, bien que dans le langage courant on remarque une confusion entre les structures (on parle ainsi de « Planning Familial » même quand le centre de planification n'est pas géré par l'association). Dans cette structuration de la planification en France, l'acteur central depuis les lois de décentralisation de l'action sociale de 1983 est le département, qui supervise les centres de planification. Alors que la majorité des départements a développé entre 5 et 20 centres de planification, un département fait figure d'exception, la Seine-Saint-Denis, qui atteint aujourd'hui les 122 centres de planification, soit un dixième du nombre national.

C'est en raison de cette spécificité que nous l'avons choisi pour mener notre enquête, auprès de deux de ses centres de planification, un premier centre intégré à une Protection Maternelle et Infantile (ou PMI) de la commune des Blancs-Peupliers⁴, la PMI de la Liberté, un deuxième intégré à un hôpital intercommunal à proximité, l'hôpital Pierre Dagieu. La commune des Blancs-Peupliers, relativement éloignée de Paris, mais desservie par le RER, est une banlieue essentiellement résidentielle, de réputation « tranquille » se-

lon les enquêtés. La PMI de la Liberté se situe dans une des « cités » des Blancs-Peupliers, au rez-de-chaussée d'une grande tour d'habitation. Sa patientèle est constituée en grande majorité de femmes des classes populaires, issues de l'immigration. L'hôpital Pierre Dagieu accueille quant à lui le même type de patientèle, mais avec un profil plus varié, incluant à la fois des classes populaires stables (Castel, 1995) et dans un moindre mesure des classes moyennes, ainsi que le personnel de l'hôpital. En effet, cet hôpital étant rattaché à cinq communes différentes, il brasse une patientèle plus élargie, là où la PMI est conçu comme un service de proximité. Dans ce cadre, nous avons réalisé 32 demi-journées d'observation de consultations gynécologiques, 35 entretiens réalisés avec les patientes de la PMI de la Liberté, et 7 entretiens réalisés avec des professionnelles de santé travaillant dans les centres de planification de Seine-Saint-Denis. De plus, notre enquête se base sur le suivi d'une médecin d'une cinquantaine d'années, le docteur Bichet, résidant dans une commune attenante aux Blancs-Peupliers. Ayant reçu une formation de médecin généraliste, elle travaille depuis une vingtaine d'années les centres de planification de Seine-Saint-Denis. À partir d'une recherche en cours, dont nous présentons les premiers résultats, nous tenterons d'expliquer le développement et les caractéristiques d'une gynécologie médicale

spécifique dans les centres de planification, à travers l'exemple des Blancs-Peupliers, et plus largement du département de Seine-Saint-Denis.

LES CENTRES DE PLANIFICATION, LE FRUIT D'UNE POLITIQUE DE « LIBÉRALISATION » DES COMPÉTENCES GYNÉCOLOGIQUES

Le choix du Conseil Général de Seine-Saint-Denis a été depuis 1972 d'implanter des centres de planification dans un maximum de structures publiques déjà existantes et diverses, allant de l'hôpital à la PMI, en passant par les centres de santé et les centres médico-sociaux. Il a pu pour cela s'appuyer sur une politique étatique plus globale de « libéralisation » des compétences gynécologiques, notamment en matière de planification (tout spécialement la contraception et l'IVG), qui a présidé à la création des centres de planification. En effet, pour ouvrir un centre de planification, la loi stipule dès 1972 qu'il suffit d'« un médecin qualifié en gynécologie ou en obstétrique ou, à défaut, justifiant de connaissances particulières en gynécologie et en régulation des naissances » et d'une « personne compétente en matière de conseil conjugal et familial »⁵, dispositif médical considéré comme « léger » par les enquêtées, d'autant plus qu'il ouvre des

compétences gynécologiques à des non-spécialistes, puisque tout médecin étant qualifié dans ce domaine peut prétendre au poste. C'est la raison pour laquelle à l'heure actuelle, nous avons pu constater que l'immense majorité des médecins des centres de planification ont reçu une formation de médecine générale (suivie ou non d'un Diplôme Universitaire de Gynécologie). Au niveau du département de Seine-Saint-Denis, cette volonté de « libéralisation » des compétences de la gynécologie médicale a été le fruit combiné d'une politique des pouvoirs publics et de pressions des mobilisations et des associations féministes.

Pour les pouvoirs publics, il s'agit non seulement de transférer la gestion de la contraception et de l'avortement au corps médical, mais aussi de maintenir l'avortement comme un ultime recours en cas d'échec de la contraception (Bajos et Ferrand, 2011). Cela nécessite l'existence d'un tissu relativement dense de centres de planification sur le département, dont l'accès doit non seulement être géographique, mais aussi financier, puisque le coût de la consultation est entièrement pris en charge par la sécurité sociale. Sans compter que ces centres de planifications servent en quelque sorte de « structures de veille » médico-sociales, qui peuvent servir de relais aux politiques ciblées du département (que ce soit pour des campagnes de dépistage de certaines IST et cancers ou pour des campagnes contre les violences par exemple). Les centres de planification correspondent bien à une politique de gestion accrue de la population par le département.

De l'autre côté, les mobilisations et les organisations féministes comme le Planning Familial ont défendu une certaine « démedicalisation » de la contraception et de l'IVG, notamment par un transfert des compétences de l'hôpital vers d'autres types de structures moins équipées et plus autonomes, précisément comme les centres de planification. Ainsi, une des médecins en charge de la planification sur le département, qui se revendique féministe, nous a expliqué qu'elle et les associations féministes comme le Planning Familial avaient eu la volonté depuis des années de « sortir l'IVG de l'hôpital », en faisant toujours pression en amont de la loi par la pratique. Dès 2005 par exemple, l'IVG médicamenteuse⁶ a été pratiquée à titre expérimental dans les centres de planification de Seine-Saint-Denis, alors que la loi n'est votée qu'en 2007 et ses décrets d'application qu'en 2009. De la même façon, on observe depuis quelques années la volonté de former les médecins des centres de planification à des formes d'aspiration légères (avec canules),

qui pourraient s'effectuer hors de l'hôpital. C'est donc bien la coalition de deux groupes d'acteurs différents, aux positions institutionnelles et aux objectifs politiques différents, qui a rendu possible un tel développement des centres de planification sur le département de Seine-Saint-Denis, sans qu'elles soient entrées à aucun moment en contradiction.

LA PRISE EN CHARGE GYNÉCOLOGIQUE : UN SUIVI RAPPROCHÉ ET UNE CERTAINE CONCEPTION DU CARE

Dès lors, on constate une véritable prise en charge gynécologique dans ces centres de planification, qui passe non seulement par l'IVG et la contraception, mais aussi par le suivi gynécologique complet (examen gynécologique, frottis, toucher vaginal, dépistage des IST, etc.), au même titre qu'en cabinet libéral, la seule limitation reposant non pas sur les compétences mais sur l'équipement médical. Deux caractéristiques semblent centrales dans cette prise en charge : d'une part, elle a pour objectif d'atteindre un suivi rapproché des patientes, de l'autre, elle est toujours une prise en charge « sociale », reposant sur une certaine conception du *care*⁷.

Le but premier des professionnels de santé des centres de planification est de faire entrer les patientes dans le suivi gynécologique, même si elles viennent initialement pour un autre motif de consultation, comme l'IVG ou le suivi de grossesse. Les entretiens de patientes en témoignent : la majorité des « entrées dans la gynécologie » s'effectuent lors de la première grossesse, désirée ou non, qui a souvent lieu concomitamment à l'entrée dans la sexualité. Une fois cette entrée réalisée, il s'agit d'éduquer au suivi, au moins annuel, voire trimestriel. Cela passe essentiellement par des consultations de « contrôle », que ce soit pour le dépistage ou par la contraception. Il s'agit donc bien plutôt de consultations préventives que liées à une nécessité médicale immédiate. L'exemple du Dispositif Intra-Utérin (DIU) ou stérilet est particulièrement frappant à cet égard : sa pose et son suivi immédiat nécessitent pas moins de quatre consultations en l'espace de 6 mois, qui seront suivies par des visites de contrôle tous les 6 mois. Ce maillage repose sur une double logique : d'une part, l'IVG est considéré comme une pratique médicale qui doit être évitée par la contraception, d'où la nécessité d'un suivi contraceptif régulier, de l'autre, la logique de prévention implique de dépister régulièrement les organes génitaux. À ce titre, la logique contraceptive peut entrer au secours de la logique préven-

tive. Le docteur Bichet formule ainsi souvent explicitement la menace du « bâton » et de la « carotte », selon ces termes : elle ne renouvelle l'ordonnance de la pilule d'une patiente que de 6 mois, afin de garantir un suivi encore plus rapproché et de la pousser à effectuer les tests préventifs prescrits.

L'autre caractéristique importante de cette prise en charge, c'est qu'elle s'apparente en partie à du travail social, et qu'elle s'effectue avec une certaine vision du *care*. C'est en fait l'occasion d'une prise en charge médico-sociale totale. À ce titre, le travail du *care* est intégré au domaine des compétences gynécologiques. Sur le plan médical, on dépasse le simple suivi gynécologique, avec une vérification de la santé globale (poids, tension, examen clinique). Ceci peut d'ailleurs constituer une ressource pour les patientes, qui demandent parfois des prescriptions supplémentaires, des prises de sang ou des médicaments. Sur le plan social, le docteur Bichet a notamment reçu des instructions de la médecin coordinatrice des centres de planification du département d'être particulièrement attentive à la question des violences et de l'excision : ce sont deux points qu'elles vérifie presque quasiment systématiquement. C'est par ailleurs une prise en charge sociale qui est intégrée à l'ensemble de la structure, que ce soit la PMI ou l'hôpital : les auxiliaires de puériculture et la conseillère conjugale sont chargées de la prise de soin psychologique et sociale, qu'elle soit inscrite dans leur fiche de poste ou pas. À ce titre, c'est surtout la PMI qui est en première ligne dans la prise en charge sociale : elle est une ressource pour les patientes et les familles de l'immeuble, voire de la « cité » alentour, qui la mobilisent pour des aides administratives notamment. Certaines patientes, notamment victimes de violences conjugales, sont ainsi suivies sur des années par la PMI. Enfin, elle est en lien constant avec les structures de prise en charge sociale de la commune, comme l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

DU POINT DE VUE DES PATIENTES

Pour finir, nous voulions revenir sur la vision des patientes de leur suivi gynécologique, à partir des entretiens que nous avons pu réaliser avec elles dans le cadre de la PMI de la Liberté. Pour la plupart, on voit se déployer l'intégration du double discours médical concernant la consultation gynécologique : c'est un suivi « désagréable » mais « nécessaire » pour la santé. On constate d'ailleurs que le docteur Bichet et la PMI sont plutôt perçus comme des ressources pour les pa-

tientes. Notamment le « contrôle » gynécologique constant exercé par le docteur Bichet, et souvent accompagné d'une démarche explicative et pédagogique, est valorisé comme une sorte d'« honnêteté » vis-à-vis des patientes et de « franc-parler ». Surtout, les patientes n'en gardent pas moins une certaine marge de manœuvre. D'une part, elles sont souvent elles-mêmes issues des métiers du *care*, bien qu'il s'agisse souvent des couches les plus dévalorisées de ce domaine (assistantes-soignantes, aides à domicile, salariées de maison de retraite, etc.), à la frontière du médical, du para-médical, du social et du sanitaire. Dans ce cas, elles ont donc des connaissances dans le domaine médical et sur l'administration médicale. Par ailleurs, elles ont souvent des ressources alternatives au milieu médical qui leur permettent une certaine indépendance par rapport aux normes médicales, que ce soit la religion qui peut fonctionner comme un modèle interprétatif et éthique concurrent à la médecine, ou une connaissance des plantes issue souvent des mères et des grands-mères qui les ont développées dans leurs pays d'origine.

Finalement, la réalité du terrain la plus connue qui s'est présentée à nous est moins celle d'une forte emprise médicale sur les

patientes que celle d'un faible auto-contrôle sur leurs grossesses, qui mène à un grand nombre de grossesses non-désirées. En effet, nous avons constaté qu'un nombre élevé de femmes qui ont une grossesse non-désirée ne pratique pas d'IVG. Malheureusement, nous n'avons pas accès à des données sur le nombre de ces grossesses non-désirées, bien que nous disposions de chiffres sur l'IVG (200 000 personnes avortent par an). Lors de nos observations, nous avons constaté que les causes du refus de l'IVG pouvaient être multiples (religieuses, familiales, psychologiques, notamment avec la peur de l'opération ou de la douleur, ou avec une certaine forme de résignation). Le personnel médical joue un rôle important dans ce choix de ne pas réaliser l'IVG, dans la mesure où le docteur Bichet n'insistera pas sur l'IVG si le cadre social pour avoir la grossesse lui semble convenir, notamment si la patiente a déjà eu un ou plusieurs enfants (alors même que c'est souvent pour des raisons économiques que la nouvelle grossesse n'est pas désirée). Au contraire, elle essaiera de convaincre de l'IVG si la patiente est une très jeune fille ou une femme qui lui semble être dans une situation sociale compliquée. La question des grossesses non-désirées demeure pourtant très peu traitée, tant par la littérature médicale que sociologique. ■

-
- 1 S'agissant d'une profession féminisée à 95% (selon l'Atlas de la démographie médicale, situation au 1^{er} janvier 2014), nous emploierons le féminin pluriel lorsque nous nous y référerons.
 - 2 D'après le rapport n°RM2011-088P de l'IGAS de juin 2011.
 - 3 D'après le rapport n°RM2011-088P de l'IGAS de juin 2011.
 - 4 Tous les noms de cet article ont été anonymisés pour des raisons déontologiques.
 - 5 Jusqu'en 1980, un pharmacien était néanmoins nécessaire pour que le centre de planification puisse délivrer des médicaments, produits ou objets contraceptifs.
 - 6 IVG par prise de médicaments, la mifépristone et le misoprostol.
 - 7 Terme anglais qui renvoie à une compétence construite comme féminine de soin et de prise en charge, affective et physique, des enfants, des personnes âgées et/ou dépendantes. Cette compétence peut être invisibilisée et gratuite dans le cadre de la famille ou avoir le statut de travail: on parle alors des métiers du *care* (santé, social, etc.).
-

