Sommaire

Sommaire **1**
Avant-propos2
Introduction **3**
I. Histoire d'une pratique: l'accueil collectif et ses racines politiques 3
II. État de l'art 5
III. Objectif de recherche 8
IV. Méthode d'enquête 9
A. Observations ethnographiques d'accueils collectifs 10
A. Entretiens semi-directifs avec les animatrices 11
B. Entretiens semi-directifs avec des usager·es 12
C. Dispositif complémentaire : questionnaire 13
Première partie: l'accueil collectif en pratique 15
Le déroulé 15
Les effets sur les utilisateur·ices : 19
Les effets sur les animatrices : l'adaptabilité face aux groupes 24
La limite de la langue : 27
Deuxième partie: des sujets récurrents 29
1. Sortir de l'isolement 29
2. Démédicalisation 33
3. Appréhender la discrimination et la violence 37
Limites 39
4. Prévention 41
Conclusion **44**
Bibliographie46
Annexes **48**

Avant-propos

Le plan stratégique du Planning Familial 2023-2025 engage le Mouvement à promouvoir l'écriture inclusive et les pronoms "iel" et "ielle", en vue d'agir activement pour les droits des personnes LGBTQI+ et garantir un accueil respectueux des personnes trans et non binaire.

Cette forme d'écriture est également essentielle sur le plan scientifique, notamment dans la recherche en sciences humaines et sociales dans le but de "rendre visibles les situations de mixité ou de non-mixité du monde social, masquées par le recours systématique au masculin neutre". C'est pourquoi nous avons choisi d'utiliser systématiquement l'écriture inclusive sauf dans les situations où les personnes se sont présentées comme des femmes cisgenres et/ ou ont communiqué leurs pronom (elle). Dans ces cas-là, nous utilisons le féminin.

Introduction

I. Histoire d'une pratique: l'accueil collectif et ses racines politiques

La pratique des accueils collectifs est solidaire de l'affirmation "le privé est politique", mobilisée par les mouvements féministes de la seconde vague (Bard, 2017). Ces derniers tracent l'interdépendance des sphères privée (intime) et politique (public) en premier lieu à partir de la mise en évidence du travail reproductif assuré par les femmes pesant sur leur mobilité professionnelle.

La pratique des accueils collectifs au Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) est héritière des groupes de *self-help* étasuniens, importés en Europe dès les années 70 par des figures pionnières du *Women's Health Movement*. M Murphy, historien·ne et philosophe féministe des sciences et des technologies, revient sur le contexte historique et politique ayant permis l'émergence des *self-help groups* aux États-Unis dans un article publié en 2004. Iel explique que ces derniers émergent à un moment où l'avortement est encore illégal aux États-Unis et dans le sillage d'une critique du pouvoir médical, au service du patriarcat, objectivant le corps des femmes. L'activité emblématique du *self-help* est l'auto-examen vaginal permettant de constater la diversité des anatomies, diagnostiquer et surtout connaître son propre corps. Cette activité est menée collectivement entre pairs dans une ambiance conviviale et informelle, loin des cabinets et des codes médicaux. Finalement, cette politisation du corps et de la santé des femmes permet aux concernées d'avoir accès à ce qui demeurait non visualisé et non représenté (le col de l'utérus, le vagin, le clitoris) mais aussi non conscientisé (l'oppression patriarcale). En France, les groupes *self-help* se voient appropriés par les militantes du Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception (MLAC). Ces derniers se poursuivront après la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans certains "MLA(A)C dissidents" (Ruault, 2016), en contestation avec la médicalisation (et la dépolitisation) de l'avortement.

Tout en ayant en tête que la pratique des accueils collectifs au MFPF diffèrent des groupes *self-help* sur la forme, ces deux pratiques se réclament d'objectifs communs. Ces dernières cherchent *in fine* à politiser les participantes en leur faisant prendre conscience du caractère systématique et systémique de l'oppression des femmes en tant que classe. Ce processus de conscientisation est permis par la création d'entre soi où des pairs peuvent échanger sur leurs expériences personnelles en non mixité, autorisant une "identification collective de la domination masculine propice à sa théorisation critique" selon les chercheuses Catherine Achin et Delphine Naudier (2023, p. 110). La sociologue Marion Charpenel explique dans un article de 2016 que la création de ces "espaces du dicible" féministes permet de renégocier les frontières entre ce qui est socialement dicible et indicible (p. 27) dans la lignée du décloisonnement de l'espace privé et publique entrepris par les féministes de la deuxième vague. Selon cette dernière, l'expression de vécu individuel en collectif a un pouvoir performatif qui permet aux femmes de s'affirmer comme être autonome et d'exister comme sujet politique, tout en libérant les discours sur les violences vécues par certaines (2016, p. 22-27). La pratique des accueils collectifs au MFPF est héritière des approches féministes dites du positionnement qui visent à mettre la parole des concerné·e·s au centre afin d'impulser la co-création d'un savoir expérientiel en matière de sexualité, de contraception ou encore de pratiques gynécologiques.

La centralité de telles approches au MFPF est le fruit d'une lutte ayant abouti à une scission entre les militantes féministes et les médecins du Mouvement en 1973. Cette divergence idéologique marque une étape clé dans l'évolution des positions stratégiques du MFPF. Les militantes formèrent des groupes et des associations autonomes où était prônée une approche plus radicale et autonome de la santé sexuelle et reproductive, centrée sur l'émancipation des femmes et le droit à disposer de leur corps sans intervention excessive du corps médical. Le partage d''information visant à l'autonomisation des femmes en matière de contraception et d'avortement que l'on retrouve aujourd'hui dans les accueils collectifs est héritier de cette scission avec les médecins du Mouvement, qui envisageaint l'encadrement médical rigoureux de la santé des femmes comme une nécessité. Depuis les années 80, les bénéfices scientifiques des savoirs situés sont mis en avant par de nombreuses chercheur·se·s féministes dont Sarah Bracke et María Puig de la Bellacasa. Elles affirment que les faits révélés dans ces savoirs situés et expérientiels dévoilent davantage de facettes de la réalité que les visions hégémoniques (2013, p. 48).

Le MFPF se définit comment "un mouvement féministe d'éducation populaire" et se veut contestataire de toute formes d'oppression pouvant s'exercer sur les individus, notamment dans le milieu médical. Dès lors, le refus de hiérarchie et le désir d'horizontalité sont des éléments centraux au sein des accueils collectifs, critiques du pouvoir médical. Ces pratiques sont également héritières des groupes de parole féministes. Les moyens mis en œuvre pour assurer cela par les militant·e·s du MFPF passent par une réflexion sur la disposition et l'organisation des espaces recevant les usager·e·s (création d'espaces conviviaux, colorés et confortables) et la mobilisation de pratiques de l'éducation populaire.

II. État de l'art

A. Démédicalisation / délégation des tâches

Dans l'argumentaire sur la délégation de tâches au Planning Familial, la démédicalisation est définie à travers deux pratiques différentes : le transfert de compétences et la délégation de tâches.

Le texte commence par mobiliser la notion de "transfert de compétence" qui désigne "l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre". De fait, "les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession.". Dans le cas médical, nous entendons par transfert de compétence le passage en main d'une activité traditionnellement réalisée par le corps médical à une profession para-médicale. Les racines de ce type de démédicalisation proviennent du monde militant, notamment des courants contestataires des années 1960 (Marichalar & Pitti, 2023). C'est à cette époque-là que des revendications militantes se positionnent contre le pouvoir médical et proposent de réinventer le système classique au profit d'une approche plus horizontale et démocratique. Les groupes de santé sexuelle profanes mis en place par des groupes militants féministes dès le milieu des années 60 (Ruault, 2016) se placent dans la lignée de ces mouvements contestataires du pouvoir médical. Le fait de se réapproprier des gestes médicaux devient donc un acte militant qui se concrétise, à cette époque-là, avec la pratique illégale des avortements et de l'auto-examen gynécologique. L'un des exemples est le MLAC, association qui naît de la fédération de plusieurs groupes militants, dont le MFPF.

L'argumentaire susmentionné, donne également la définition d'une deuxième notion, celle de la "délégation de tâches". Cette dernière désigne un "concept dans lequel les professionnels qui délèguent, gardent la responsabilité des actes délégués, même si ces derniers sont effectués par d'autres, dans le cadre de protocoles préétablis. [...] Ce schéma implique une coopération optimale entre les différents protagonistes." Il est donc indispensable pour les professionnel·le·s qui se voient délégué·e·s une tâche d'avoir les compétences nécessaires pour la mettre en place. C'est pour cette raison qu'à la base de cette pratique une grande attention est portée aux enjeux de formation et de co-formation afin de veiller à "la combinaison de connaissances, de savoir-faire, de savoir être et d'expériences en situation." chez les différent·es professionnel·le·s.

Depuis 2012 un protocole à titre expérimental de "délégation de tâches" a été mis en place au Planning Familial pour des professionnel·le·s non paramédicales (animateur·ice de prévention et conseiller·e conjugal·e et familial·e). Il assure la délivrance de la première pilule après un examen des contre-indications éventuelles du ou de la patient·e. Bien que le terme "démédicalisation" trouve ses racines dans la contestation de l'ordre médical classique, il est aujourd'hui reconnu par les textes législatifs, contrairement au terme "délégation de tâche", qui est seulement utilisé dans un contexte militant. Les revendications qui accompagnent ce terme visent à mettre au centre l'expertise des femmes sur leur propre corps. L'idée est ainsi de proposer un terme qui ne mentionne pas le mot "médical", afin de lutter contre la surmédicalisation du corps des femmes.

B. Éducation populaire

Les travaux de la sociologue et philosophe Irène Pereira (2021) mettent en évidence la difficulté rencontrée par plusieurs chercheur·se·s ayant mobilisé le concept d'éducation populaire de s'accorder sur sa définition. Selon elle, nous pouvons cependant identifier deux "familles d'usage de l'expression éducation populaire" (Pereira, 2021, p. 4).

La première se base sur une utilisation de type administratif, qui fait référence à l'agrément Jeunesse et Éducation Populaire (JEP), regroupant des associations et acteurs publics qui s'occupent du secteur de l'animation (Besse & al., 2016). La seconde tendance est plus politique, « l'éducation populaire sert alors à désigner une nouvelle forme de rapport contestataire au politique qui passerait par la critique sociale, mais sans recourir aux formes traditionnelles des luttes politiques (partis, coordinations) et qui mettrait l'accent sur des formes de prise de conscience et sur l'importance du combat culturel » (Pereira, 2021, 4). Cette vision politique de l'éducation populaire se diffuse à partir des années 1990. Les travaux de Paolo Freire (1968) sont pionniers et occupent une place centrale dans le courant d'éducation populaire d'Amérique Latine.

Irène Pereira reprend les six principes principaux de l'éducation populaire formulés par Paolo Freire (1974) : partir de l'expérience vécue des apprenant·e·s, la problématisation de la réalité sociale, une pédagogie dialogique, une dialectique entre des savoirs différents, la conscientisation et le développement du pouvoir d'agir. Ces principes sont au cœur des méthodes d'éducation populaire, qui peuvent être considérées soit comme des outils d'animation, soit comme des leviers d'émancipation (Augustin Vicard, 2023, 7). En effet, c'est dans cette optique que le MFPF a intégré l'éducation populaire comme l'une de ses valeurs fondamentales dès sa création.

La question de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire commence à se poser au Planning Familial dès le début des années 1960 (Mouvement Français pour le Planning Familial, 2006), lorsque les animatrices commencent à revendiquer une approche différente face à l'éducation. En effet, c'est à cette période que les militantes du Mouvement constatent la nécessité d'aborder lors de leurs animations autant la dimension affective et culturelle que les informations anatomiques et physiologiques. Suite à ces revendications, en 1967, le congrès déclare que le MFPF est un « mouvement d'éducation populaire et permanente » (p.60). Cependant, la fondatrice, la docteure Weill-Hallé, affirme en 1967 que la contraception « devait rester un problème entre les femmes et leur médecin » (p. 60). En 1969, au sein du Mouvement, l'éducation à la sexualité devient définitivement une question purement politique.

C. Accueil collectif

L'accueil collectif est un groupe ponctuel qui se retrouve autour d'une thématique commune. L'objectif principal de cette pratique est le partage d'expériences personnelles. Elle se distingue des groupes de parole. En effet, ces derniers impliquent une continuité qui se concrétise par la mise en place de plusieurs groupes rassemblant les mêmes personnes à chaque fois. Les thèmes abordés dans les groupes de parole restent les mêmes à chaque séance, en revanche ils sont déclinés autour de différents sujets qui varient au fil des séances. Les groupes de parole et les accueils collectifs sont mobilisés à la fois dans des contextes médicaux/psychologiques (comme dans le cas des groupes de parole pour le cancer du sein) et militants (notamment les groupes de réflexion et d'autoconscience féministe nés dans les années 1960). Ils peuvent même se réclamer des deux champs à la fois, c'est par exemple le cas des accueils collectifs mis en place au Planning Familial.

La pratique des accueils collectifs dérive d'une longue histoire militante qui trouve ses origines dans les mouvements féministes des années 1960 (Quéré, 2023). À cette époque, les mouvements féministes ont la volonté de mettre au centre le savoir des femmes sur leur propre corps pour contrer les productions d'ignorance entretenues par le domaine médical (Tuana, 2006). Pour ce faire, les mouvements impulsent la mise en place de temps d'échanges collectifs. Ces derniers incarnent selon la sociologue Lucile Ruault (2016): "une démarche collective de prise de pouvoir de leur corps par les femmes, qui passe par la remise en cause du pouvoir médical et de ses protocoles, par l'investigation pratique, la collecte et l'élaboration collectives de savoirs et de savoir-faire (infections, fertilité, cycle menstruel, hormones...), par la lutte contre l'ignorance des femmes de tout ce qui concerne leur propre corps et contre les inégalités d'accès à la santé." (p. 39).

III. Objectif de recherche

Nous l'avons vu, l'accueil collectif est une pratique historique militante du MFPF. Elle occupe une place centrale au sein des trois centres de l'association départementale (AD) du MFPF 75. Toutes les consultations médicales de santé sexuelle (contraception, IVG médicamenteuse, dépistage infections sexuellement transmissibles, *etc*.) sont précédées d'un temps collectif entre pairs encadré par une animatrice de prévention/ conseillerère conjugale et familiale (CCF) et une professionnelle de santé (médecin, sage-femme). Ces groupes autorisent les usager·e·s à échanger librement, entre concerné·e·s, autour de sujets dépassant le motif initial de leur consultation. Ces échanges donnent parfois lieu à des discussions et des échanges de pratiques autour des effets positifs ou négatifs de la contraception, du partage de la charge

contraceptive dans le couple, des douleurs menstruelles, des vécus de violence ou post-IVG. Finalement, ces discussions permettent aux usager·e·s de s'approprier des connaissances médicales à partir de leur propre vécu. L'objectif principal de cette recherche est d'étudier précisément l'effet et l'impact de ces accueils collectifs sur les connaissances et les compétences psycho-sociales des participant·e·s. Pour évaluer ces résultats, nous réaliserons des entretiens semi-directifs avec des personnes ayant participé à l'un des groupes proposés par l'AD 75 et mobiliserons les réponses recueillies dans les questionnaires. Nous nous appuierons également sur des observations directes pour voir en quoi cette pratique, complémentaire des consultations médicales individuelles proposées dans les centres de santé sexuelle (CSS), peut avoir un impact dans le recours aux soins des personnes (particulièrement les personnes isolées).

La pratique de l'accueil collectif se réclame des méthodes d'éducation populaire, mais n'en demeure pas moins cadrée. Les animatrices sont formées et jouent le rôle de personne-relais entre les usager·e·s, notamment au début des accueils. En effet, parler de sa propre sexualité face à un groupe d'inconnu·e·s est une pratique plutôt inhabituelle que l'on ne retrouve dans aucun autre espace social. Le rôle des animatrices est donc central pour assurer la mise en œuvre de cette pratique. Nous ne pouvons pas affirmer que les groupes suivent un déroulé fixe, car les animatrices partent systématiquement des vécus des usager·e·s présent·e·s, néanmoins nous verrons que les professionnelles militantes incluent obligatoirement certains items à aborder lors des accueils. De fait, ce projet vise également à proposer une analyse détaillée des méthodes adoptées par les animatrices du Planning Familial 75 validant leur savoir-faire spécifique. Nous proposerons des pistes exploitables pour que ces compétences soient transférées et diffusées à d'autres professionnel·le·s de la santé en vue d'étendre la pratique des accueils collectifs au delà des associations du MFPF. Pour mener à bien ce second temps de la recherche, nous mobiliserons les données recueillies lors des observations d'accueils collectifs et les entretiens réalisés avec des animatrices de l'AD 75.

IV. Méthode d'enquête

L'enquête présentée ici résulte d'un travail de recherche-action réalisé en binôme dans le cadre d'un stage mené à temps plein par l'une des deux autrices (Emma CASARIN) et à temps partiel par l'autre (Carla HELMER). À la base de ce travail se trouve un choix méthodologique visant à se partager les tâches en fonction d'une double analyse. Dans un premier temps, nous avons d'abord décidé de travailler de manière autonome, afin de ne pas nous influencer mutuellement au moment du recueil de données et de l'analyse exploratoire. Puis, dans un second temps, nous avons confronté nos pistes exploratoires afin d'approfondir celles ayant été repérées par chacune d'entre nous.

Bien que la recherche ait été menée suivant la méthode de la double-analyse, nous nous sommes partagées les tâches, notamment celles concernant les entretiens semi-directifs (Emma CASARIN) et les observations ethnographiques (Carla HELMER). C'est pourquoi les trois premières sous-parties de cette partie méthodologique de l'enquête seront rédigées à la première personne du singulier. En effet, les choix méthodologiques et les limites soulevées sont propres à chacune des deux autrices.

A. Observations ethnographiques d'accueils collectifs

Le projet de recherche-action prévoyait la réalisation d'observations ethnographiques d'accueils collectifs (minimum 30 participant·e·s). La méthode de l'observation directe m'est apparue comme la plus adaptée pour fournir une analyse précise des savoir-faire du Planning familial concernant la pratique des accueils collectifs.

L'objectif général était d'être attentive aux interactions entre usager·e·s et animatrices/ professionnelles médicales, en se concentrant sur le discours et le non verbal (regards, gestes, sourires, rires, *etc*.) dans le contexte des accueils collectifs. Suite à la réalisation d'une phase exploratoire (environ quatre observations), une grille d'observation a été réalisée. Elle a appuyé et guidé le recueil de données des observations suivantes. Il s'agissait finalement de saisir deux grands enjeux des accueils collectifs sur les questions de santé sexuelle :

1. Voir comment les animatrices réussissent à "faire parler" les usager·e·s, tout en échangeant des informations sur les questions de santé sexuelle et sur les vécus des personnes présentes
2. Observer les techniques des animatrices et leur adaptabilité face au groupe contribuant à créer un environnement sécurisant, permettant un dépistage systématique des violences

Les groupes observés portaient sur l'IVG médicamenteuse et la santé sexuelle. Au total, 25 accueils collectifs (90 participant·e·s) ont été observés. Les participant·e·s étaient amené·e·s à partager des informations relatives à leur santé et leur sexualité : ces données sont classées "sensibles" par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et bénéficient d'une protection particulière. Même si ces informations n'allaient pas être mobilisées en tant que telles dans l'analyse, il m'a paru nécessaire de recueillir le consentement des personnes présentes, notamment pour respecter les principes d'accueil du MFPF (garantie de l'anonymat et confidentialité). Je me plaçais dès lors dans une démarche d'observation à découvert, soumise à l'acceptabilité des participant·e·s.

Pour ce faire, avant le début de chaque groupe, je prenais soin de me présenter et d'informer les participant·e·s du cadre et des objectifs de la recherche-action en précisant les garanties d'anonymat. Je rappelais que ma présence n'était pas obligatoire. Je finissais par exposer l'intérêt de la prise de notes *in situ* pour repérer les techniques d'animation, tout en restant à l'écoute des éventuelles demandes de précision des participant·e·s sur le dispositif d'enquête. Je n'ai fait face à aucun refus explicite de la part des usager·e·s et à aucune négociation sur la prise de note *in situ*. Ceci peut s'expliquer en partie en raison de la connivence de genre (parfois redoublée par une connivence d'âge) partagée avec les usager·e·s qui étaient majoritairement des jeunes femmes cisgenres (Thizy & al., 2021). Certain·e·s usager·e·s ont même manifesté leur intérêt pour la recherche en me posant des questions plus précises sur son but à la fin des accueils.

L'un des principaux risques du dispositif d'observation directe est "de voir les acteurs modifier le cours ordinaire de leurs actions du fait de la présence d'un observateur" (Arborio & Fournier, 2021, p. 31). Il me semble que cette difficulté a pu être partiellement dépassée par ma présence prolongée au sein de l'AD 75 mais aussi par le cadre spécifique de la recherche-action. En effet, ce mode de recherche alternatif se construit à partir des besoins et aspirations des concernées (dans ce cas précis les militantes du MFPF 75) et permet la production d'un savoir situé, valorisation des savoirs expérientiels et professionnels. Dans son article sur les enjeux éthiques de la recherche-action féministe (2009), la chercheuse Lyne Kurtzman explique que les pratiques de recherche action-féministes peuvent être appréhendées au prisme de la

complémentarité des savoirs et impulser “le développement de relations fondées sur la confiance, le respect mutuel et l’empathie” (p. 92) grâce à l’inclusion des enquêtées dans le contexte de la recherche.

A. Entretiens semi-directifs avec les animatrices

La première étape de la recherche a été la réalisation des entretiens semi-directifs avec cinq animatrices du Planning Familial 75. Il m’a semblé opportun d’ajouter cette phase exploratoire qui n’était pas prévue par le projet initial. Cette dernière m’a permis de me familiariser avec le vocabulaire et les codes verbaux du milieu étudié (lexique indigène) et de faire émerger les significations associées à ces pratiques et à son contexte (Blanchet & Gotman, 1992). Ces entretiens ont eu lieu dans le Centre du Planning Familial de la rue Vivienne pendant le temps de travail des animatrices. Chaque entretien a duré entre 30 et 45 minutes et se caractérisait par des questions très larges, laissant une grande autonomie de réponse aux animatrices interviewées.

B. Entretiens semi-directifs avec des usager·es

Pour réaliser cette étape, j’ai choisi de mener des entretiens semi-directifs et peu structurés, caractérisés par des questions ouvertes et larges, permettant aux personnes interviewées de répondre librement en utilisant leurs propres codes verbaux et significations. Cette approche m’a permis de me laisser guider par les informations fournies par les interviewé·es et de réagir en conséquence. La population cible était constituée des personnes ayant participé à l’un des accueils collectifs du MFPF 75. Les entretiens se sont déroulés dans une salle disponible des centres, dans une ambiance informelle et conviviale facilitant l’échange. Chaque entretien durait environ une heure, et les participant·e·s étaient informé·e·s du cadre et des objectifs de la recherche en amont.

L’objectif principal de cette démarche était de discuter directement avec les personnes concernées de leur expérience individuelle au sein du groupe. En recentrant les vécus personnels, ces entretiens visaient à recueillir les opinions des participant·e·s sur la pratique des accueils collectifs, permettant ainsi de comprendre en profondeur leurs perceptions et sentiments. Tous les entretiens étaient enregistrés avec l’accord préalable des participant·e·s. Tous les entretiens ont été par la suite retranscrits de façon détaillée à partir des enregistrements. La création d’un système de codage a permis une analyse approfondie des entretiens afin d’identifier les codes verbaux employés par les participant·e·s et de repérer des éléments transversaux. À partir de ce travail, une grille thématique a été construite afin de dégager des thèmes d’analyse.

L’une des principales limites de cette partie du dispositif d’enquête a été le (faible et difficile) recrutement des participant·es. En effet, les sujets abordés étant souvent très délicats, certaines personnes étaient réticentes à en parler davantage, ce qui réduisait leur disponibilité pour les entretiens. De plus, certaines personnes acceptaient initialement de participer, mais ne répondaient plus aux sollicitations ultérieures, limitant ainsi le nombre de participant·e·s ayant effectivement pris part aux entretiens.

C. Dispositif complémentaire : questionnaire

Comme expliqué dans la partie précédente, l'une des limites des entretiens était la faible participation des usager·es. C'est pourquoi nous avons décidé d'ajouter au protocole d'enquête la construction d'un questionnaire à destination des usager·e·s.

Il s'agit d'un questionnaire à questions fermées, conçu pour être le plus simple et rapide possible, permettant ainsi d'atteindre les personnes qui ne se sentent pas à l'aise avec un entretien. Ce questionnaire vise à obtenir l'opinion des usager·e·s sur trois macro-thèmes :

1. Leur perception des accueils collectifs
2. Le déroulement et le fonctionnement du groupe
3. L'efficacité des pratiques

Pour le modèle du questionnaire, nous avons opté pour un format anonyme d'évaluation. En proposant des questions fermées et en demandant le niveau de satisfaction pour chaque affirmation, ce questionnaire permet d'établir une distance adéquate entre les répondant·e·s et le sujet. Cette approche visait à réduire la sensation de jugement et encourageait les participant·e·s à répondre de manière plus honnête, valorisant ainsi leur opinion. En soulignant l'importance de leur expérience personnelle, cette méthode favorise un engagement plus significatif dans le processus d'évaluation, contribuant ainsi à une collecte de données plus authentique et représentative.

La première version du questionnaire se composait de cinq parties :

1. Les informations personnelles (facultatives) pour créer un profil des usager·e·s
2. Une section d'instructions pour le remplissage
3. Quinze questions fermées
4. Une partie pour laisser les coordonnées
5. Une section "commentaires".

Ce questionnaire a d'abord été soumis à une phase pilote de deux semaines, pendant laquelle cent vingt-cinq questionnaires ont été recueillis. Après cette période, nous avons analysé les données collectées et recueilli les observations et remarques des professionnelles du MFPF 75. Ce faisant, nous avons pu identifier les points à améliorer et les aspects à conserver. Cela nous a conduit à produire une nouvelle version du questionnaire.

Dans cette deuxième version, nous avons fait le choix de réduire le nombre de questions de quinze à dix, tout en maintenant les trois catégories de questions. Nous avons également remplacé une question fermée par une question ouverte, afin de recueillir le témoignage direct des usager·e·s. Cette version du questionnaire a été utilisée pendant deux mois. Pendant cette période quatre-vingt questionnaire ont été recueillis.

Face au faible recrutement des usager·e·s pour mener les entretiens, nous avons fait le choix de modifier une dernière fois le questionnaire afin de pouvoir obtenir des témoignages plus précis des participant·e·s. Ainsi, nous avons remplacé les questions fermées par des questions ouvertes dans cette troisième et dernière version du questionnaire. À ce stade de la recherche, nous pouvions nous permettre de réduire le nombre de réponses, privilégiant ainsi la

qualité des réponses à leur quantité. Cette version nous a permis de recueillir sept questionnaires détaillés.

Au total, la population qui a répondu au questionnaire est de deux cent douze personnes. Il s'agit d'une population s'identifiant majoritairement comme des femmes cisgenres, avec seulement une minorité se définissant comme des hommes cisgenres ou non-binaire.

Une des limites de ce questionnaire a été la langue. Le questionnaire étant en français, cela posait un problème pour les personnes dont le français n'était pas la langue maternelle. En effet, cet élément est devenu un facteur critique lorsque les personnes étrangères devaient compléter le questionnaire avec l'aide de l'animatrice du groupe, ce qui biaisait inévitablement les réponses.

Première partie: l'accueil collectif en pratique

Le déroulé

Les entretiens avec les animatrices ont révélé des étapes récurrentes dans le déroulé des accueils collectifs au MFPF 75. Pour la plupart des animatrices, la première étape de l'accueil collectif consiste à demander aux participant·e·s s'iels étaient au courant de la présence d'un temps d'échange collectif avant la consultation médicale. Les animatrices se présentent d'abord elles-mêmes, puis invitent les participant·e·s à faire de même. Cette phase de présentation est suivie d'une explication des objectifs du groupe. Si une personne présente a déjà participé à un groupe santé sexuelle ou IVG au MFPF, l'animatrice lui propose d'en expliquer le fonctionnement aux autres. Ces phases d'introduction et de présentation sont communes à tous les groupes, mais les étapes suivantes se diversifient en fonction du thème abordé lors de la séance (santé sexuelle ou IVG).

Dans le cadre d'un groupe consacré à la santé sexuelle, les animatrices affirment utiliser un déroulé plus flexible. L'animatrice commence par proposer un tour de table pour permettre à chacun·e d'exprimer la raison de sa présence, que ce soit pour poser un implant, changer de pilule, ou pour d'autres raisons liées à la santé sexuelle. Ce moment de partage est conçu pour être flexible et ouvert, encourageant les échanges entre les participant·e·s à partir de leurs expériences personnelles. L'animatrice souligne également le caractère non obligatoire de chaque demande et rappelle l'importance du consentement.

En revanche, lorsque le groupe porte sur l'IVG, l'animatrice suit un déroulé plus strict, encadré par un protocole médical rigoureux. Cette approche plus formelle est nécessaire pour aborder les aspects médicaux liés à l'interruption de grossesse par la prise de médicaments. L'animatrice 4, dans ce contexte, se définit souvent comme étant plus contrainte par des procédures précises afin d'assurer le bon déroulement des séances :

> "Je pense que ça dépend quand c'est IVG et quand c'est santé sexuelle. Quand on parle de IVG je pense que je vais plutôt lui dire on va commencer par ce que vous avez pu lire, parce que il y a quand même un protocole médical à suivre. C'est qui est un peu moins le cas de la santé sexuelle" ou encore "(à propos des IVG) il va y avoir quand même un déroulé [...] bien m'assurer qu'elles aient tout le protocole bien en tête"

Dans les deux types de groupes, l'animatrice et la professionnelle médicale restent disponibles pour répondre à toutes les questions des usager·e·s. Cette disponibilité vise à créer un espace sûr et sans jugement, où les participant·e·s peuvent exprimer leurs préoccupations et obtenir des réponses claires. Comme l'explique une animatrice lors de son entretien, l'objectif est de "*créer un sentiment de légitimation, valoriser leur expériences et leur vécus*." Le but est de faire du groupe un lieu où les participant·e·s se sentent libres de s'exprimer, contribuant ainsi à lever les stigmates et à briser les tabous entourant ces sujets sensibles. Pour ce faire, l'animatrice continue en expliquant qu'il faut: " *laisser l'espace pour que les personnes puissent s'exprimer, et que ça soit aux personnes de cet accueil collectif d'être motrice du groupe*" ou en d'autre termes comme l'explique une autre animatrice "*notre rôle à nous, une fois qu'on a posé un cadre, dans un monde et dans un groupe parfait, nous on fait le café quoi*."

Une fois cette phase d'échange terminée, le médecin invite généralement chaque personne, une à une, à se rendre dans le cabinet médical selon leur ordre d'arrivée. Cette consultation individuelle peut être destinée à réaliser une échographie en cas d'avortement ou à prescrire et/ou poser une contraception, voire effectuer une visite de contrôle. Pendant que ces consultations individuelles se déroulent, le groupe continue ses activités dans une salle adjacente, où les discussions se poursuivent de manière plus informelle. À ce stade, les interactions entre les participant·e·s deviennent souvent plus autonomes. Les échanges spontanés sont encouragés, permettant aux individus de partager leurs expériences et de s'apporter un soutien mutuel.

Pour mettre fin à la séance, les animatrices demandent aux participant·e·s s'iels ont d'autres questions à poser. Cette dernière étape permet de s'assurer que toutes les préoccupations ont été abordées. Enfin, les participant·e·s sont libres de quitter la salle à leur convenance, terminant ainsi la rencontre dans un climat de bienveillance et de soutien.

En analysant les réponses obtenues dans les différentes versions du questionnaire complété par les participant·e·s, il est possible de relever des termes récurrents utilisés pour décrire leur ressenti après le groupe. Parmi ces mots, les termes "bienveillance" et "rassurant" apparaissent fréquemment. Ce qui en ressort, c'est que les personnes quittent le groupe avec une sensation générale de tranquillité et de confiance. Une participante a par exemple exprimé : *"Cela m'a peut-être un peu apaisée, l'aspect collectif est plus convivial et accueillant."* Cette citation illustre bien le sentiment de sérénité et de convivialité que les participant·e·s éprouvent après avoir assisté aux séances. Ces retours montrent que les groupes ne se contentent pas de fournir des informations et du soutien, mais qu'ils créent également un environnement où les participant·e·s se sentent compris·e·s et en sécurité. L'ambiance bienveillante et rassurante est donc essentielle pour permettre aux individus de s'ouvrir, de partager leurs expériences et de repartir avec un sentiment de réconfort et de confiance.

Malgré la division des groupes en IVG ou en santé sexuelle, les animatrices doivent toujours veiller à mentionner deux sujets essentiels : les violences sexistes et sexuelles, afin d'en faire un dépistage systématique, et les infections sexuellement transmissibles (IST). En ce qui concerne les IST, les animatrices interrogées n'ont pas mis en avant de pratiques particulières, à l'exception de celle consistant à proposer des auto-prélèvements directement sur place. Cependant, pour ce qui est des violences sexistes et sexuelles, plusieurs modes d'action distincts ont été identifiés. En effet, une analyse attentive des entretiens avec les animatrices met en évidence la présence de trois degrés d'explicitation différents.

1. Le niveau d'explicitation le plus fort : aborder les violences de façon directe et personnelle

Les animatrices choisissent d'aborder le sujet des violences sexistes et sexuelles (VSS) de manière directe, posant des questions telles que : *"Avez-vous vécu personnellement des violences ?"*. Ces animatrices choisissent d'affronter le sujet de front, permettant ainsi aux participant·e·s de s'exprimer ouvertement sur leurs expériences.

2. Le niveau d'explicitation intermédiaire : aborder les VSS de façon générale et impersonnelle

Certaines animatrices posent des questions plus générales pour aborder les violences sexistes et sexuelles avec les usager·e·s. On retrouve les formulations suivantes : "*Comment définiriez-vous la violence ? Avez-vous des exemples* ?" Cette approche permet d'ouvrir la discussion sur la violence de manière plus progressive, sans imposer une confrontation directe avec des expériences personnelles éventuelles.

3. Le niveau d'explicitation le plus faible : aborder les VSS à travers les missions du MFPF ou par l'intermédiaire d'outils.

Dans le cas suivant, les animatrices mentionnent la violence de manière plus détachée lors des groupes. Elles peuvent par exemple demander : "*Savez-vous quels thèmes abordent le Planning Familial* ?" pour ensuite faire émerger le fait que le Planning Familial est aussi un lieu où l'on peut parler de violence. Cette approche indirecte permet d'aborder le sujet de la violence tout en respectant la sensibilité des participant·e·s. Un exemple de l'approche plus indirecte est soulevé par une des animatrices lors de son entretien :

> "Les questions des violences, je vais avoir tendance à les amener à travers des questions. Le fait est que moi, je ne vais pas forcément dire 'ici on peut parler de violence', je peux le dire mais pas forcément. Ma tendance, c'est plutôt de montrer le violentomètre ou de poser des questions. Par exemple, autour de l'IVG, je pose des questions comme : 'Quand les rapports sont désirés... mais après, ce n'est pas toujours le cas…"

Pendant cet entretien, il émerge que l'animatrice préfère aborder la question de manière indirecte en utilisant des outils comme le Violentomètre et en formulant des questions qui touchent de manière large au sujet des violences. Par exemple, lors d'une consultation pour l'IVG, elle avance la question du consentement. Cette méthode permet d'aborder la problématique des VSS sans confrontation directe, tout en sensibilisant les participant·e·s de manière subtile et progressive et en leur donnant l'opportunité d'aborder la question. Comme l'explique une autre animatrice pendant son entretien, l'objectif des animatrices lors du groupe doit être d' "*au moins poser la question, au moins laisser la possibilité de pouvoir exprimer le récit d'une violence*".

Les entretiens ont révélé que la manière d'aborder le thème de la violence sexiste et sexuelle dépend largement des habitudes de l'animatrice et de la dynamique du groupe. Dès lors, il apparaît que tous les niveaux d'explicitation repérés sont adaptés pour prévenir et dépister les VSS. Certaines animatrices se sentent plus à l'aise avec une approche directe, tandis que d'autres préfèrent une méthode plus subtile et progressive. Il émerge d'un des entretiens avec une animatrice que cette méthode varie également selon le niveau de confort personnel par rapport à la question de la violence :

> "Je ne pose pas systématiquement la question 'Est-ce que vous avez subi des violences ?' parce que je crois que je ne me sens pas à l'aise avec cette manière de procéder. Mais en même temps, on dit que c'est un endroit où on peut parler de ça. Et puis parfois, je l'aborde mais via des exemples de choses. Je ne sais pas si c'est la bonne manière de faire les choses, parce qu'il y a alors des choses qui n'émergent pas, des récits que les personnes aimeraient partager, mais qui n'émergent pas."

Un autre facteur très important est l'adaptabilité. La phrase "*ça dépend du groupe, comment ça se passe*" révèle ainsi que cette diversité dans les pratiques témoigne de

l'importance de l'adaptabilité des animatrices dans la gestion des groupes, permettant de répondre aux besoins variés des participant·e·s tout en abordant des sujets essentiels. L'adaptabilité permet également aux professionnelles de respecter leur propre limites psychiques dans l'exercice de leur missions. Nous aborderons la question de l'adaptabilité dans le prochain paragraphe.

Il est essentiel d'insérer les cadres jusqu'ici présentés dans le contexte de l'éducation populaire. Comme nous l'avons vu, le Planning Familial se définit comme "un mouvement féministe d'éducation populaire". Les pratiques jusqu'ici présentées témoignent de l'influence de cette approche dans l'activité des accueils collectifs. Parmi ces pratiques, nous avons abordé dans les paragraphes précédents la mise au centre de l'expérience individuelle, l'horizontalité du partage des savoirs, ainsi que la mise en place d'un cadre sécurisant et bienveillant.

Les effets sur les utilisateur·ices :

Afin de mesurer les effets des accueils collectifs de santé sexuelle et IVG médicamenteuse sur les utilisateur·ice·s, nous avons choisi de mobiliser des extraits de questionnaire et de notes d'observation. Comme mentionné dans la partie méthodologie, les différentes versions du questionnaire ont permis de recueillir les retours d'expériences des usager·e·s. Nous nous concentrerons principalement sur la dernière version du questionnaire qui comportait quatre questions ouvertes portant sur :

1) Le ressenti de l'usager·e suite à l'annonce de la présence d'un temps d'échange collectif
2) Le ressenti de l'usager·e face au partage de ses propres expériences personnelles et les éventuels obstacles et/ou éléments facilitants
3) L'apport de l'accueil collectif aux participant·e·s
4) Le ressenti de l'usager·e suite à sa participation au groupe

Les éléments de réponse relevés mesurent l'effet des accueils collectifs sur les usager·e·s à différentes temporalités (avant, pendant, après). Ces précieux retours des concerné·e·s nous donnent l'opportunité d'éclairer les dynamiques observées lors des accueils collectifs.

Nous l'avons vu, les accueils collectifs santé sexuelle et IVG demeurent des pratiques inhabituelles et peu répandues en centre d'orthogénie. La pratique des accueils collectifs peut donc être qualifiée de subversive puisqu'elle vient directement déstabiliser les principes de la relation individuelle patient·e/ médecin. Il n'est pas étonnant que les accueils collectifs puissent donc en premier lieu susciter de la méfiance chez certaines usagères : certaines parlent de l'appréhension ressentie face au déroulé et affirment s'être senties mal à l'aise face à cette information. Néanmoins, nous remarquons des ambivalences dans certaines réponses où le potentiel positif de la pratique émerge dans son appréhension, nous retrouvons cette idée dans le verbatim suivant : "au début mal à l'aise, tout en sachant que c'est une bonne idée" (Femme cisgenre, 32 ans, groupe IVG). L'enjeu pour les animatrices est donc de réussir à apaiser les craintes des usager·e·s en faisant preuve d'adaptabilité. En regardant de plus près les verbatims utilisés dans les réponses de la quatrième question, nous remarquons que les usagères mobilisent toutes du vocabulaire mélioratif, les notions d'apaisement, de convivialité, de confiance, de soulagement, de libération, de réassurance ou encore d'accroissement des connaissances ressortent. Ce changement de perception du collectif semble être permis par la présence et les interventions d'autres participantes et par l'attitude non-jugeante et bienveillante

des animatrices. Les usagères semblent conférer aux accueils collectifs la possibilité de pouvoir "dédramatiser" leur situation en se sentant "moins seules". Le collectif permet aux usagères de ressentir "moins de culpabilité", de "s'identifier avec d'autres participantes" et "d'être éclairée sur les différents moyens de contraception". Il apparaît que l'apport du collectif est double : il permet à la fois un apport conséquent de connaissances sur les questions de santé sexuelle et reproductive et l'apaisement des usager·e·s face à ces questions.

Les observations ethnographiques nous ont permis de remarquer qu'au cours des accueils collectifs, les personnes étaient souvent amenées à aborder des sujets variés, plus ou moins éloignés de leur motif de consultation. Cela peut s'expliquer par la proximité des codes sociaux de l'accueil collectif avec ceux de la conversation, supprimant le côté formel de la consultation médicale. Dès lors, les usager·e·s semblent plus enclin·e·s à partager avec transparence leurs précédentes expériences de prises en charge gynécologique, les moyens de contraception déjà essayés ainsi que les effets secondaires rencontrés. À partir de ce constat, nous avons pu dégager quatre apports principaux de la présence d'un temps collectif produisant des effets concrets sur les usager·e·s.

Dans un premier temps, les accueils collectifs donnent l'occasion aux animatrices de **déconstruire efficacement les idées reçues sur la santé sexuelle et reproductive** des usager·e·s. Cet apport est solidaire de l'approche sociale proposée dans les séances d'éducation à la sexualité du MFPF où les échanges de points de vue permettent de déconstruire les idées reçues sur les questions relatives à la sexualité et l'anatomie, lever les tabous dès le plus jeune âge, favoriser les échanges entre pairs et lutter contre le sexisme, les LGBTphobies et toutes autres violences liées à la sexualité. Les échanges autonomes entre usager·e·s sont encouragés par les animatrices, néanmoins, ces dernières interviennent régulièrement pour réagir aux propos pouvant véhiculer des stéréotypes impliqués dans la construction des inégalités entre les genres et les sexualités.

Les accueils collectifs où les questions de contraception sont mises au centre donnent souvent lieu à des discussions autour de préjugés concernant les différents moyens de contraception. L'extrait d'observation suivant retranscrit un échange entre une usagère et une animatrice lors d'un groupe santé sexuelle :

> **Usagère** : "moi j'ai entendu que le stérilet ça pouvait diminuer la fertilité, alors je préfère prendre la pilule, même si prendre un cachet tous les jours ça me va pas, et puis en plus la pilule m'a fait grossir, mais bon j'ai pas le choix."
> **Animatrice** : "Alors en fait est ce que certaines d'entre vous savent pourquoi on entend souvent dire que le stérilet, d'ailleurs ici on préfère appeler ça dispositif intra-utérin, rend stérile ? [Les usagères répondent non, l'animatrice reprend ses explications] En fait, c'est certaines infections sexuellement transmissibles, comme la chlamydia, qui n'étaient pas systématiquement dépistées avant la pose d'un DIU, du coup l'infection se propageait dans l'utérus, les trompes, et ça, ça pouvait rendre stérile. C'est pour ça qu'ici on propose systématiquement en amont de la pose des auto-test pour dépister ces IST."

Cet échange s'ancre dans une conversation plus large autour des effets secondaires des différents contraceptifs. Cette dernière a été l'occasion pour cette usagère d'exposer une idée reçue répandue sur le DIU que l'animatrice est venue rectifier, permettant à l'usagère de considérer le DIU comme un choix possible de contraception puisqu'il n'aura aucun impact sur sa fertilité.

Nous l'avons vu, les commentaires laissés par les usager·e·s sur les questionnaires mobilisent le champ lexical des émotions : "apaisée", "empathie", "rassurée", "soulagée", "déstresser", *etc*. Dès lors, le moment du groupe apparaît dans un deuxième temps comme propice à **la création d'une prise en charge apaisée de la santé sexuelle et reproductive**. Il apparaît que cette possibilité est favorisée par la disposition des espaces de chaque salle d'accueil des centres du MFPF 75. Chaque salle cherche à créer une ambiance conviviale et accueillante :

> "Le mobilier est confortable (canapé, coussins, fauteuils), des boissons et en-cas sont systématiquement proposés aux usager·e·s (café, thé, chocolat, bonbon, *etc*.), des affiches promouvant une sexualité positive et une prise en charge inclusive sont disposées sur les murs, les professionnelles de santé ne portent pas de blouse blanche. Tous ces éléments contribuent à mettre à l'aise les usager·e·s dès leur entrée dans la salle." (Extraits du journal de terrain)

Les usagères maintiennent que l'accueil collectif permet de recevoir "du soutien qu'on [femme] ne reçoit pas forcément au quotidien [et] d'échanger chacune son ressenti". Dès lors, le groupe apparaît comme un **moyen facilitant l'expression des sentiments,** des craintes et des inquiétudes des usager·e·s notamment car **le collectif devient un vecteur de solidarité et de soutien**. Lors des observations, nous avons pu relever des éléments non-verbaux traduisant cette attitude de soutien entre usager·e·s, notamment au moment de récits de violence : sourire, regard compatissant, tape sur l'épaule, *etc*. Les animatrices sont très attentives à l'attitude des usager·e·s et n'hésitent pas à demander à plusieurs moments de l'accueil comment ces dernier·e·s se sentent en nommant les émotions qu'iels pourraient ressentir. Nous relevons les expressions suivantes : *"ça va, tu parais inquiète ?", "Comment vous vous sentez ? Un peu stressée ?", etc*. Les animatrices viennent valider et légitimer le ressenti des usager·e·s :

> [Extrait d'une observation d'accueil IVG]
> Usagère : [se met à pleurer] En fait, c'est très douloureux pour moi et j'ai pas du tout envie d'en parler, [éclate en sanglots] Désolée…
> Animatrice : [regard compatissant] D'accord, très bien, c'est totalement OK de pleurer, d'être triste, énervée et blessée, vous pouvez laisser sortir ça ou choisir de ne rien exprimer, dans tous les cas, vous êtes légitime.

Nous l'avons vu, les accueils collectifs ne suivent pas un déroulé fixe puisqu'ils mettent au centre les expériences personnelles et les préoccupations des usager·e·s présent·e·s. **Partir des expériences et de préoccupations incarnées permet plus aisément l'appropriation de connaissances.** Ce lien entre savoirs expérientiels et appropriation de connaissance est directement souligné par les usagères elles-mêmes qui affirment que le groupe leur "permet pendant un temps d'échange d'en apprendre plus sur la santé sexuelle à travers les expériences d'autres et les échanges". Les observations permettent d'affirmer que l'échange de points de vue sur les moyens de contraception autorise les usager·e·s à relativiser les effets secondaires de chaque dispositif, propres à chaque personne. Le groupe devient l'occasion "d'exposer toutes les exceptions afin d'être prête à réagir face à toutes les situations" (animatrice, groupe santé sexuelle). Il permet aux usager·e·s de trouver entre elleux des solutions en écoutant les témoignages de chacun·e et en se les appropriant. L'animatrice prend appui sur ces témoignages et n'hésite pas à les illustrer :

[Extrait d'observation, groupe IVG méd, échange sur la contraception]
Usagère 1 : Moi j'ai super peur de mettre un stérilet cuivre, parce que ma copine a ses règles tout le temps avec.
Usagère 2 : Moi j'ai ça et franchement je n'ai pas vraiment eu ça, après je crois que ça dépend de comment tu as tes règles avant de le mettre
Animatrice : Alors en fait, est ce que vous savez pourquoi on a tendance à déconseiller aux personnes ayant des règles douloureuses de mettre un DIU cuivre ? [montre aux participantes un schéma anatomique de l'appareil reproductif féminin et un dispositif imitant la pose du DIU]. En fait, vous voyez ici [montre le col de l'utérus] bah on passe par ici pour la pose, donc on insère un corps étranger, ça peut perturber le cycle. Et ensuite la particularité du DIU cuivre c'est qu'il va épaissir les sécrétions pour empêcher les spermatozoïdes de passer, mais ça se fait à partir d'une inflammation causée par le cuivre. Cette inflammation entraîne elle-même le sur-développement de la muqueuse utérine juste ici [montre sur le schéma] qui va donc augmenter les règles.

Les effets sur les animatrices : l'adaptabilité face aux groupes

Lorsque nous parlons d'adaptabilité, nous faisons référence à la capacité des animatrices à lire la situation et à réagir en conséquence. Comme mentionné précédemment, cette compétence est essentielle pour les animatrices lorsqu'elles doivent choisir entre un déroulé plus flexible ou plus structuré. En effet, les entretiens avec les animatrices ont révélé que les étapes décrites dans le paragraphe précédent peuvent être suivies de manière plus ou moins rigoureuse. Ce choix dépend non seulement du thème abordé (que ce soit l'IVG ou la santé sexuelle), mais également du niveau de confort apparent des participant·e·s.

Si les participant·e·s sont plus à l'aise, un déroulé plus flexible sera adopté, permettant une plus grande liberté d'échange et d'interaction. À l'inverse, si les participant·e·s montrent moins de signes d'aisance face au partage d'expériences individuelles, un déroulé plus structuré sera privilégié afin de créer un cadre plus sécurisant. Ce déroulé plus structuré favorise des dynamiques plus scolaires où l'animatrice et la médecin préfèrent donner directement les informations aux participant·e·s, sans passer par une phase de questionnements. Cette pratique vise à éviter de placer les participant·e·s dans une position où iels doivent partager leurs expériences personnelles, ce qui pourrait les mettre mal à l'aise.

[extrait d'observation, accueil santé sexuelle]
"Le groupe réunit 3 usagères âgées de 20 à 23 ans. Elles semblent très timides, échangent quelques regards gênés entre elles et regardent souvent leur téléphone. L'animatrice tente de poser des questions pour voir ce que les personnes présentes ont déjà entendu sur tel ou tel moyen de contraception, si elles en ont déjà essayé, etc. Les réponses aux questions sont succinctes et ne permettent pas de créer une véritable dynamique de groupe. L'animatrice présente donc tous les moyens de contraception. Vers la fin de la présentation, au moment de présenter la contraception dite masculine, les usagères semblent se montrer enthousiastes et parlent de la charge contraceptive. Une fois les usagères parties, l'animatrice m'explique que "vu que le groupe était plutôt réservé, j'ai choisi de vraiment guider la séance en donnant les informations les plus complètes pour qu'elles puissent faire leur choix, je voyais bien qu'elles étaient gênées de parler, ça sert à rien de forcer dans ces cas-là." Elle relève néanmoins que "à la fin tu vois, elles ont parlé entre elles, donc ça c'est super parce que ça leur a quand même permis de créer du lien, et c'est OK que ça soit pas pendant le temps officiel du groupe tu vois".

Pour approfondir cette distinction entre flexibilité et rigidité du déroulé, d'autres facteurs peuvent également jouer un rôle. Par exemple, l'expérience et les habitudes personnelles de l'animatrice peuvent influencer son approche. Une animatrice expérimentée peut se sentir plus à l'aise pour adapter le déroulé en fonction des besoins immédiats du groupe, tandis qu'une animatrice moins expérimentée pourrait préférer suivre un plan plus strict. Cette analyse fait suite aux propos d'une animatrice travaillant au Planning Familial depuis peu d'années relevés lors d'un entretien :

> "Je pense que dans ma tête je suis plus en mode étapes et alors parfois ça me coince un peu, comme si j'avais un truc à défiler dans ma tête et j'aimerais bien être plus souple sur ça [...] Je pense que c'est un peu une règle non-règle, ça serait justement d'être moins dans un déroulé, et je sens que je suis encore en réflexion là-dessus, mais de pouvoir plus laisser place à la spontanéité."

L'adaptabilité des animatrices est également requise au regard des sujets à aborder, selon les besoins du groupe. Ces dernières doivent être prêtes à aborder tous les sujets demandés. Certains groupes, par exemple, peuvent vouloir parler de l'endométriose ou des menstruations, tandis que d'autres préféreront se concentrer davantage sur la sexualité. Cette capacité à adapter les discussions en fonction des intérêts et des besoins des participant·e·s est essentielle pour garantir que chaque séance soit pertinente et bénéfique pour tout·e·s.

Comme l'explique une des animatrices, un des côtés positifs de la mise en place des accueils est lorsque "il y a une situation qui s'est réglée au sein même du groupe, entre les personnes du groupe. Il y a ce truc-là aussi. Et puis après, c'est ce qui fait aussi que tous les sujets peuvent être abordés, y compris ceux qui semblent le plus compliqués des fois, comme les violences en fait. [...] Parce que, justement, quand il y a une dynamique de groupe, tu vois, qui est sans jugement, qui est bienveillante, en fait, elles s'autorisent aussi à partager ce qui est compliqué dans leur vie, ce qu'elles ont pu subir." Permettre aux personnes d'aborder tous les sujets contribue ainsi à lever les stigmates et les tabous souvent associés à ces thématiques. Cette ouverture favorise un environnement de dialogue libre, où chacun·e peut s'exprimer sans crainte de jugement, ce qui est essentiel pour le développement d'une compréhension collective. Selon l'une des animatrices interviewées, l'objectif de l'accueil collectif "serait de déconstruire les sujets [...] considérés comme tabous". Pour ce faire, cette dernière considère qu'il est essentiel de "favoriser les échanges des vécus."

Pour autant, l'adaptabilité n'est pas la seule qualité des animatrices, elles doivent également imposer un cadre qui soit le plus fidèle possible aux valeurs du Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF). Ces principes historiques de l'éducation populaire placent au centre les expériences individuelles des participant·e·s. Ainsi, les animatrices s'efforcent de relancer chaque question en la redirigeant vers le groupe, invitant les participant·e·s à partager leurs points de vue et leurs expériences personnelles. Cette volonté de mettre les personnes au centre est mise en avant par l'une des animatrices lors d'un entretien :

> "C'est un objectif de remettre la personne qui vient au centre [...] ça c'est un objectif qui me paraît important, dans le fait de remettre la personne au centre, c'est la repenser comme actrice de ce qu'elle vit, de ce qu'elle a envie de partager, et de prendre le temps pour elle de l'écouter"

Proposer une approche qui se situe dans une démarche féministe et d'éducation populaire permet d'envisager l'adaptabilité comme une pratique militante et professionnelle

indispensable. Nous avons vu que l'adaptabilité permettait de briser les tabous et de remettre les personnes au centre. Elle assure également l'émancipation des personnes. Une des animatrices décrit les objectifs de l'accueil collectif comme *"vraiment émancipateur [car ils permettent] aux personnes de reprendre le pouvoir sur ce qu'elles veulent, sur leur choix"*. Donner une place centrale aux participant·e·s, en leur permettant d'avoir un impact direct sur le déroulé de l'accueil, suscite un sentiment de prise de pouvoir sur leur santé sexuelle mais aussi sur leur accès à l'information. La démarche féministe invite à refelchir aux rapports de pouvoir dans la relation de savoir. De fait, les animatrices cherchent à éviter autant que possible les rapports de pouvoir afin de ne pas instaurer une scission entre celleux qui "savent" et celleux qui "ne savent pas". Elles visent à créer un environnement où les échanges sont horizontaux, favorisant ainsi une dynamique d'apprentissage mutuel et respectueux. Ces dernières reconnaissent que l'horizontalité est l'un "*des meilleurs outils d'éducation populaire*".

En conclusion, l'adaptabilité des animatrices joue un rôle crucial dans la mise en place des accueils collectifs. Cette flexibilité permet de répondre aux besoins variés des participant·e·s tout en favorisant leur émancipation.

La limite de la langue :

Parmi les limites observées, la question de la langue se pose souvent. En effet, il arrive fréquemment que des personnes dont la langue maternelle n'est pas le français participent aux groupes. Dans ce cas, les animatrices adoptent différentes stratégies. Deux paramètres permettent aux animatrices de choisir de façon plus efficace : la maîtrise du français et la maîtrise d'une langue véhiculaire.

Dans un premier temps, les animatrices cherchent à comprendre le niveau de compréhension de la personne par rapport à ces deux paramètres. À ce stade, trois catégories sont identifiées : les personnes ne comprenant et ne parlant pas le français, les personnes comprenant le français mais n'arrivant pas à répondre dans la langue, et enfin les personnes comprenant suffisamment la langue pour pouvoir communiquer en français. Selon cette catégorisation, les animatrices adoptent différents modes d'action.

1. Les personnes ne comprenant et ne parlant pas le français

Dans le premier cas, les animatrices peuvent utiliser un service externe à disposition du Planning Familial. Il s'agit d'une association d'interprétariat téléphonique qui met à disposition des animatrices des personnes pouvant traduire simultanément la conversation.

Dans ce cas, la personne est reçue hors du groupe afin de permettre le bon déroulement de la traduction d'un côté et de l'accueil collectif de l'autre. En effet, la difficulté de cette technique réside dans le fait que, bien qu'elle permette à toutes les personnes d'avoir accès aux services proposés par l'association MFPF, elle exclut celles qui ne parlent ni français ni anglais de la possibilité de le faire en groupe.

2. Les personnes comprenant le français mais n'arrivant pas à répondre dans la langue

Dans le deuxième cas, les animatrices vérifient si la personne connaît une langue véhiculaire, habituellement l'anglais. Dans ce cas, l'animatrice peut organiser le groupe de deux façons. Si les autres participant·e·s francophones acceptent d'assister à une session entièrement

en anglais, alors le groupe se déroulera complètement dans cette langue. Sinon, l'animatrice parle en français et traduit régulièrement en anglais pour s'assurer que tout le monde comprend. Il arrive également que certaines animatrices sollicitent directement les usager·e·s pour effectuer les traductions si ces dernier·e·s se montrent volontaires. Cela permet de valoriser les échanges horizontaux entre les usager·e·s et d'améliorer la cohésion du groupe.

Cependant, dans ce cas, les observations ont permis de remarquer que la plupart des groupes se déroulent de façon moins naturelle car les échanges sont beaucoup plus fragmentés. Les animatrices doivent plus souvent s'assurer que les personnes aient bien reçu et compris toutes les informations, ce qui peut rendre le groupe beaucoup moins fluide. Cela peut aussi amener l'animatrice à utiliser une structure plus rigide afin de s'assurer que toutes les informations ont été bien mentionnées.

3. Les personnes comprenant suffisamment la langue pour pouvoir communiquer en français

Dans ce troisième cas, le groupe se déroule comme d'habitude, la seule différence étant une attention accrue pour s'assurer que la personne ait bien suivi toutes les informations.

Ces pratiques montrent l'engagement des animatrices à inclure tous·tes les participant·e·s, quelles que soient leurs compétences linguistiques, et à rendre les séances accessibles à toutes. Cependant, ces adaptations peuvent aussi introduire des défis, comme le ralentissement des échanges et la complexité logistique de la traduction en temps réel. Malgré ces défis, ces efforts reflètent une volonté de promouvoir l'inclusion et l'égalité d'accès à l'information et au soutien offerts par les groupes du MFPF.

Deuxième partie: des sujets récurrents

Après avoir analysé en détails les accueils collectifs, ses effets sur les usager·e·s et les qualités requises pour assurer leur mise en pratique, nous allons nous concentrer sur les apports spécifiques des accueils collectifs pour les usager·e·s à partir de quatre thématiques relevées à chaque étape de la recherche. Nous nous appuierons sur les réponses aux questionnaires, les entretiens avec les usager·e·s ainsi que sur des observations d'accueils collectifs réalisées dans les trois centres du MFPF 75.

1. Sortir de l'isolement

Nous l'avons vu, le collectif peut devenir un vecteur de solidarité et de soutien et permet aux usager·e·s d'exprimer plus aisément leurs sentiments, craintes et inquiétudes face à leur santé sexuelle et reproductive. Pour reprendre les termes d'une usagère, le groupe permet de "se sentir moins seule". Nous pouvons donc envisager l'accueil collectif comme un moyen efficace pour sortir de l'isolement relationnel et pallier l'éloignement aux institutions.

Serge Paugam (2022) établit une typologie des liens sociaux : malgré le fait qu'ils soient multiples et de nature différente, ils apportent tous aux individus une forme de protection et de reconnaissance. Le sociologue définit la protection comme "un ensemble des supports que l'individu peut mobiliser face aux aléas de la vie" et la reconnaissance comme une "interaction sociale qui stimule l'individu en lui fournissant la preuve de son existence et de sa valorisation par le regard de l'autre" (p. 64). À partir de ces définitions, nous pouvons affirmer que l'accueil collectif permet aux participant·e·s de créer des liens sociaux : le groupe garantit un support social et place les participant·e·s au centre en valorisant leurs expériences personnelles.

Néanmoins, Serge Paugam rappelle que "le tissage des liens n'est pas identique d'un individu à un autre [et] dans certains cas, les liens sont tous faibles et le maillage social très fragile" (p. 79). Le groupe revêt une importance cruciale pour tous·tes les participant·e·s, mais représente un enjeu majeur pour les personnes les plus défavorisées au regard de leur position dans l'espace social. L'accueil inconditionnel porté par le MFPF permet aux usager·e·s de ne pas se sentir jugé·e·s, gêné·e·s et de pouvoir demander "de l'aide" (usagère de 18 ans). Une usagère de 26 ans envisage la prise en charge au MFPF comme "une solution pour toutes, tous gratuite et inclusive". Marion Athiel (2022) rappelle qu'au Planning Familial, les publics cibles sont majoritairement les jeunes et des non-assurés sociaux, conformément aux cibles du décret référentiel de 1992. Néanmoins, les centres sont également amenés à accueillir des personnes migrantes, des mineur·e·s non accompagné·e·s ou encore des personnes LGBTQIA+. Ces populations sont souvent désignées comme "vulnérables". Il ne va pas sans rappeler que cette vulnérabilité est structurelle et relationnelle et ne constitue pas un attribut intrinsèque des populations précédemment mentionnées (Soulet, 2022). La vulnérabilité est elle-même accentuée par un déficit de protection et/ou de reconnaissance : nous qualifierons donc de "vulnérable" dans ce paragraphe les personnes dont le maillage social faible ne permet pas de mobiliser suffisamment de liens de support pour garantir de ne pas être blessées. Les exemples suivants illustrent le rôle que peut jouer le groupe dans le renforcement des liens, impulsant une sortie de l'isolement, pour des personnes particulièrement vulnérables au regard de l'ordre social.

a. Le cas des personnes immigrées

Lors de l'observation d'un accueil collectif santé sexuelle mené en espagnol, nous avons pu voir à quel point le groupe a pu constituer pour les personnes une ressource pour sortir de l'isolement.

Les quatre participantes étaient toutes immigrées d'Amérique Latine : la majorité d'entre elles étaient en situation irrégulière et n'avaient pas de titre de séjour (sauf une, arrivée tardivement dans le groupe). Le groupe s'est dans un premier temps déroulé avec les trois usagères en situation irrégulière qui ne parlaient pas français et qui venaient chercher des informations sur la contraception. Une connivence liée à l'âge, au genre et aux enjeux migratoires a pu rapidement émerger. Les usagères ont commencé à échanger sur les difficultés à gérer la charge administrative et l'une d'entre elles a pu conseiller aux autres une association pouvant les aider dans leur démarches. Les trois usagères en situation irrégulière ont expliqué être travailleuses du sexe (TDS) et ont pu échanger sur les violences vécues dans ce contexte précis. Elles ont également mentionné la solitude qu'elles pouvaient ressentir en étant loin de leurs familles, restées en Amérique Latine. À la suite de cela, les quatre femmes se sont échangées leur numéro de téléphone, celle ayant réussi à obtenir un titre de séjour a mentionné vouloir transmettre des documents aux trois autres.

Dans le cas de cet accueil, le groupe est apparu pour ces quatre femmes immigrées comme un moyen efficace pour nouer des liens sociaux, renforcer leur lien avec les institutions et obtenir une prise en charge adaptée à leurs besoins (contraception et TDS) malgré le fait qu'elles ne soient pas couvertes par la sécurité sociale.

b. Le cas d'une usagère isolée

Pour l'exposition de ce cas précis, nous reprendrons nos notes d'observation prises lors d'un accueil collectif IVG médicamenteuse, néanmoins, les dynamiques observées se retrouvent fréquemment dans les différentes prises en charge.

Dans ce cas là, l'usagère est une immigrée européenne et travaillant dans la restauration en horaires décalées. Elle mentionne "ne pas avoir de copines ici" et des relations familiales conflictuelles. Elle avance le choix de recourir à l'IVG comme "une obligation dans [son] cas". En étant "seule et pas mariée", sa famille ne la considère par comme une mère légitime, au regard de la norme procétative (Bajos & Ferrand, 2006) qui détermine les conditions socialement acceptables pour envisager une grossesse (la situation matrimoniale, l'orientation sexuelle et l'âge maternel). L'usagère se trouve donc en situation d'isolement et affirme sa volonté "de garder le bébé" mais craint "de ne pas y arriver toute seule, sans personne". Dans ce cas de figure, le rôle de l'animatrice a été de faciliter la mise en relation de l'usagère avec d'autres associations et services en l'aidant à entamer les démarches auprès de la Protection maternelle et infantile (PMI), d'assistant·e·s sociaux·les ou encore de psychologues.

Dans les cas où les animatrices ne peuvent pas directement venir en aide aux usager·e·s et satisfaire leurs demandes/ besoins, ces dernières n'hésitent pas à les orienter et les rediriger vers des partenaires et ressources adaptées. L'idée est de tirer profit du premier lien créé au MFPF en l'étendant vers d'autres structures plus adaptées au regard de la situation spécifique de la personne. Les animatrices redirigent souvent les usager·e·s vers la Maison Orientation Information Soutien Écoute, accueillant les femmes en difficulté psychologique avec leur grossesse ou l'idée de devenir mère, le Bus Des Femmes proposant une action de santé communautaire en direction des prostitué·e·s et TDS ou encore la Maison des Femmes.

Plus globalement, le groupe crée un espace où tous·tes les participant·e·s se sentent à l'aise pour parler de sexualité, même lorsque ces dernier·e·s mentionnent leurs liens familiaux et électifs. C'est particulièrement le cas de cette usagère de 23 ans qui désigne le groupe comme "un lieu où [elle] se sent à l'aise pour parler" et affirme que "ne pas vraiment parler de sexualité à [ses] proches (à part [son] copain)". Certaines usagères font également référence à leur précédente prise en charge médicale. Il apparaît que le groupe permet d'aborder des sujets que les participant·e·s ne se sentent pas à l'aise de mentionner lors de consultations "en face à face" :

> "Je pense que le fait d'être en groupe est rassurant lorsqu'on ne se sent pas à l'aise pour répondre à certaines questions ou juste pour ne pas en parler. Lors d'une ancienne IVG je me suis pas sentie à l' aise en face à face je me suis sentie jugée et elle n'avait pas manqué de me faire des réflexions."

Les propos de cette usagère de 35 ans décrivant une précédente prise en charge médicale peuvent être rattachés à une tendance plus générale observée lors des accueils collectifs concernant le suivi gynécologique et médical. Certaines personnes expliquent avoir des rapports distants et méfiants avec les institutions médicales. Ces mises à distance semblent souvent faire suite à une situation de violence médicale, définie comme "un ensemble d'attitudes (actes ou propos) injustifiées effectuées sans le consentement des patientes" (Fonquerne, 2021, p. 664). Elles incluent par exemple la négation des souffrances (douleurs physiques ou morales, notamment liées aux discriminations), le sexisme, le jugement, la rétention d'informations ou encore les examens intempestifs. Le MFPF propose une prise en charge alternative à tous·tes les usager·e·s où la personne est mise au centre. Cette approche semble être particulièrement bénéfique pour les personnes ayant déjà vécues des violences médicales et éloignées du système de soin. À travers le groupe, les usager·e·s peuvent exposer leurs inquiétudes et craintes et se voir rassuré·e·s par l'animatrice. Les propos de différentes usagères appuient cette idée lorsqu'elles parlent de ce que peut apporter l'accueil collectif. Il permet "de déstresser un minimum et avoir des réponses à ses questions avant les rendez-vous" (usagère de 19 ans), "de se détendre avant le RDV médical" (usagère de 24 ans) et de parler de tout sujet avec "humilité" en rompant avec la relation de pouvoir asymétrique médecin/ patient·e·s. Plus largement, ce sentiment d'apaisement autorise les usager·e·s à envisager sereinement la consultation. Ce faisant, ces dernier·e·s se voient plus susceptibles de s'engager à nouveau dans un suivi gynécologique, notamment auprès des praticiennes du MFPF.

Une usagère de 26 ans décrit l'accueil collectif comme "un moment de partage qui sécurise et détend", un·e autre usager·e de 19 ans l'envisage comme "un confort [où l'on sait] qu'on se retrouve pas seule à devoir gérer tout ça". Nous l'avons vu, le groupe permet de créer un environnement propice au partage de vécus, vecteur de solidarité en renforçant les liens sociaux entre pairs. Il apporte également aux participant·e·s un sentiment de sécurité que nous pouvons rattacher aux enjeux de protection précédemment cités dans la définition du lien social (Paugam, 2022). Les animatrices mettent en œuvre plusieurs actions pour garantir la protection des usager·e·s, nous nous concentrons sur une pratique systématiquement observée lors des accueils collectifs IVG médicamenteuse. Lors de ces derniers, les animatrices veillent à exposer toutes les situations possibles concernant le déroulé de la fausse couche lors de la prise des deux comprimés. Elles mentionnent que le premier comprimé ne provoque généralement pas de saignements et posent un seuil à partir duquel les usagères doivent "commencer à s'inquiéter" après la prise du second comprimé. En effet, le médicament est susceptible de provoquer une

hémorragie, nécessitant la prise en charge de la personne aux urgences gynécologiques les plus proches. Les animatrices font à chaque fois un tour de table et s'assurent que chaque personne sache exactement où se rendre en cas d'hémorragie. Elles accompagnent les personnes qui ne connaissent pas leur hôpital de référence et les orientent en s'assurant que l'information est assimilée. Ce faisant, la personne est sécurisée et connaît précisément la marche à suivre en cas d'hémorragie. Les informations partagées sont constamment contextualisées pour les usager·e·s afin de faciliter leurs démarches.

2. Démédicalisation

Comme nous l'avons vu, lorsque nous parlons de démédicalisation et de délégation de tâches, nous faisons référence à des concepts précis issus d'un processus de construction historique, d'origine militante. Ces deux concepts trouvent leurs racines dans l'histoire du Planning Familial ; cependant, les matériaux que nous avons recueillis montrent que parmi ces deux termes, le concept de démédicalisation est le plus répandu. Nous avons décidé de parler de démédicalisation plutôt que de délégation de tâches parce que, bien que la première soit plus souvent mentionnée, la seconde est moins connue en raison de sa nature politico-militante. Ce terme est encore bien ancré dans les pratiques du Planning Familial 75. C'est pourquoi nous avons jugé utile de consacrer une partie au thème de la démédicalisation. À la fois pour voir comment cette pratique est envisagée au sein de l'association par les animatrices et professionnelles de santé mais aussi pour voir comment les personnes participant aux accueils collectifs y sont sensibles.

L'analyse des entretiens avec les animatrices et les usager·e·s nous a permis d'identifier l'usage de ce concept de différentes manières. Nous avons identifié deux façons de mentionner le thème de la démédicalisation. Dans le premier cas, les personnes abordent directement le thème de la démédicalisation en utilisant ce terme. Nous parlerons de "mention directe". Dans le second cas, les personnes choisissent d'aborder le sujet de manière indirecte sans jamais nommer le terme de démédicalisation. Nous parlerons alors de "mention indirecte". Il nous a semblé important de prêter attention à la façon dont le thème de la démédicalisation peut être mentionné, sans exclure les mentions indirectes. L'analyse approfondie des entretiens a permis de remarquer peu importe la trajectoire sociale des personnes, le thème de la démédicalisation est abordé, soulignant l'importance et la centralité du concept. Nous voyons que les personnes interviewées mentionnant directement le terme "démédicalisation" sont des individus avec une trajectoire de vie ancrée dans la lutte pour la démédicalisation. En revanche, celles qui ne l'utilisent pas, bien qu'elles possèdent un capital culturel et militant élevé, ne se situent pas particulièrement dans cette lutte. Il est important de noter que la population interviewée n'est pas représentative de la population générale des personnes participant aux groupes. En effet, les personnes interviewées étaient particulièrement engagées dans des cercles militants et semblaient envisager leur participation aux entretiens comme un moyen de participer à la vie politique et militante de l'association.

1. La mention directe

La mention directe fait référence à l'utilisation du terme exact de démédicalisation dans le discours. La majorité des cas de mention directe est effectuée par les animatrices. Utiliser ce terme implique en effet une conscience politique et militante préalable sur le sujet. Lors des entretiens, ce terme est apparu de deux façons .

Dans le premier cas, les animatrices mentionnaient ce terme en réponse à une question directe où je le mentionnais moi-même en premier. En effet, dans certains entretiens, il était étonnant que le mot n'émerge pas spontanément puisque les discussions prenaient souvent une tournure très politique et militante. Il semblait évident que les animatrices interrogées connaissaient bien ce terme puisqu'il était au cœur de la recherche-action, néanmoins, ce dernier n'émergeait pas lors des interviews. Le terme de démédicalisation était amené directement dans les questions de la grille d'entretien dont celle-ci : "*Que signifie pour vous la démédicalisation dans le cadre du Planning Familial ?*". L'animatrice a répondu que "*la démédicalisation permet de redonner, en fait, du pouvoir et du savoir dans les mains des personnes directement.*". Cet entretien était relativement court et l'animatrice préférait des réponses claires et concises : la nécessité d'aborder directement la démédicalisation de façon directe s'est donc imposée avec le contexte spécifique de l'entretien.

Le second cas est minoritaire puisque seule animatrice parmi les cinq interrogées a abordé le sujet de manière autonome, en mentionnant elle-même le terme "démédicalisation" :

> "Un des objectifs, c'est ce qu'on appelle dé-médicalisation [...] parfois, dé-médicaliser, c'est aussi enlever toute la lourdeur médicale, sortir du rapport interindividuel [...] La règle aussi que j'avais pour dé-médicaliser, c'est vraiment que la parole de la soignante soit aussi une parole d'animatrice et du coup on forme notre soignante à ça, mais parfois, ça arrive que moi j'ai le réflexe, parce que oui, il y a des fois qu'elles savent des choses que je ne sais pas, je me retourne quand même vers elle en disant 'ça, tu sais peut-être plus...' [...] de s'autoriser à parler, à être accompagné dans des soins un peu difficiles."

Cet extrait illustre de manière concrète la démarche de démédicalisation au sein du Planning Familial, en soulignant deux objectifs : la réduction de la lourdeur médicale, la sortie de la relation de soin interindividuelle et asymétrique. L'animatrice met en avant l'importance de la collaboration entre soignantes et animatrices. La formation des soignantes à adopter une parole d'animatrice reflète une volonté de casser les hiérarchies traditionnelles et de favoriser une approche plus horizontale et participative. De plus, le fait de se tourner vers les soignantes pour des connaissances spécifiques, tout en s'autorisant à parler et à être accompagnée dans des soins difficiles, démontre une approche intégrative et respectueuse de l'autonomie des usager·e·s. Cette démarche est emblématique de la démédicalisation, visant à rendre les usager·e·s acteurs et actrices de leur propre santé, tout en assurant un soutien empathique et informé.

2. La mention indirecte

Lorsque les personnes interrogées n'utilisent pas le terme "démédicalisation" par elles-mêmes, nous avons pu néanmoins relever des façons détournées d'aborder ce thème. Nous avons distingué deux manières d'aborder indirectement les apports de la démédicalisation, d'une part, à partir de la description de l'ambiance et d'autre part, à partir d'analyses comparatives proposées par les interviewé·e·s lors de précédentes prises en charge Dans ce paragraphe, nous aborderons ces deux perspectives, dans un premier temps grâce à l'extrait d'un entretien avec une animatrice et dans un deuxième temps grâce à l'extrait d'entretien d'un usager.

Pour commencer, nous pouvons observer l'extrait d'une animatrice qui mentionne des aspects spécifiques de la pratique du groupe par rapport à une démarche typiquement "médicale":

> "T'arrives chez le gynéco, je veux pas dire que toutes les personnes sont comme ça, mais je dis volontairement gynéco parce que la plupart des gens prennent rendez-vous chez le gynéco quand elles veulent parler de questions de sexualité et elles ne savent pas que les médecins peuvent le faire ou les sages-femmes, et ces professionnels-là mettent rarement à l'aise les gens. Du coup, c'est un truc assez rapide de parler 5 minutes et après on se déshabille, alors qu'ici on prend le temps d'appréhender la personne, de faire redescendre le truc. Je dis pas que tu te sens fortement à l'aise à te déshabiller mais déjà tu n'es pas obligée à te déshabiller si tu dois mettre un implant, tu vois."

Cet extrait montre comment la démédicalisation est perçue à travers la comparaison des expériences entre le Planning Familial et les consultations gynécologiques traditionnelles. En particulier, elle souligne deux aspects de la pratique des accueils collectifs comme outils de démédicalisation : le temps consacré aux patientes et l'adaptabilité des animatrices aux besoins des utilisatrices. Un usager utilise le même procédé et décrit l'ambiance du Planning Familial ainsi:

> "Je pense, juste dans la posture déjà, il y a quelque chose de très bienveillant, très féministe, très positif, je trouve, dans la manière dont les professionnels du Planning interagissent avec les personnes qui viennent. Donc il y a toute une démarche cadrée et tout, avec un protocole, super cool et tout. Donc clairement, je trouve qu'on se sent bien en entrant dans le lieu et en échangeant avec les personnes qui sont là. Alors que chez le médecin traitant, j'étais plus en mode... Pas réticent, mais je me posais la question, est-ce que ça va être bien réceptionné que j'aborde ce sujet-là ? Alors qu'ici, je sais très bien qu'on peut parler de tout et n'importe quoi et qu'il n'y aura aucun jugement, etc."

Une autre usagère met au centre le rapport à l'espace différent, autorisé par les accueils collectifs : par rapport à son expérience aux accueils :

> "Déjà tout n'est pas tout blanc, il y a des couleurs. Donc ça c'est super. Juste le fait qu'il y a une pièce d'accueil où on peut être tous ensemble et où il y a, même si on vient pour un rendez-vous gynécologue, on a quand même les femmes présentes ici qui viennent nous expliquer par exemple les contraceptifs, tout ça, enfin il y a vraiment du dialogue. Après il y a aussi en libre-service les tampons, les protections et tout ça. C'est super aussi et l'ambiance est chaleureuse je trouve."

Ces extraits nous permettent de comprendre que l'expérience des personnes participant aux groupes identifie trois aspects principaux de la démédicalisation. Premièrement, la bienveillance des professionnel·le·s, qui se traduit par une attention particulière et empathique envers chaque participant·e. Deuxièmement, l'absence de jugement, qui crée un espace sûr où les individus se sentent libres de partager leurs expériences et préoccupations sans craindre d'être critiqués. Enfin, la création d'une ambiance plus chaleureuse, qui se manifeste à la fois dans la présentation du lieu et dans les interactions du personnel. En ce qui concerne la présentation du lieu, les espaces sont aménagés de manière accueillante et colorée. Quant aux interactions du personnel, elles sont marquées par une approche humaine et respectueuse.

3. Appréhender la discrimination et la violence

Nous l'avons vu, le dépistage des violences est inclus dans le déroulé de tous les accueils collectifs et est systématiquement mis en place par les animatrices au MFPF 75. Cette pratique est déployée différemment selon les animatrices, de façon plus ou moins directe. L'enjeu du dépistage systématique des violences va de paire avec l'objectif militant de conscientisation de l'aspect systémique de l'oppression. La pratique des accueils collectifs s'ancre dans une histoire militante et contestataire cherchant à redonner aux sujets le pouvoir d'agir sur leur propres conditions d'existence.

Créer un cadre propice au partage de vécus de violences permet aux personnes de s'exprimer librement, sans peur de représailles. La mise en perspective d'expériences individuelles dans le collectif est décrite par une usagère comme "rassurante" car cela permet de "[se] comprendre car nous vivons la même expérience". Globalement, créer un espace où les personnes peuvent remettre au centre leur expérience vécue permet de pallier la négation de leur parole et de leur autonomie dans d'autres sphères du social. En effet, les personnes se rendant dans les groupes collectifs sont majoritairement des personnes occupant une position défavorisée dans l'espace social en raison de leur genre, âge, mais aussi parfois de leur origine ethno-raciale. Finalement, l'écoute déployée par les animatrices et les procédés d'éducation populaire mettant les personnes au centre permettent aux participant·e·s de prendre conscience de la transversalité des phénomènes générateurs d'inégalités sociales. En d'autres termes, le groupe permet de replacer les violences sexistes et sexuelles dans le contexte plus large des inégalités femmes-hommes qui traversent toutes les sphères du social. Aborder les violences systématiquement permet aux usager·e·s de prendre conscience de leur caractère systémique et systématique en leur donnant une existence sur la scène publique.

Il est important de garder à l'esprit que le thème des violences et des discriminations n'est pas forcément amené systématiquement par les animatrices dans le groupe. Pendant nos observations, nous avons remarqué que des vécus de violences pouvaient émerger directement à l'initiative des usager·e·s. Cette dynamique permet aux usager·e·s de s'approprier plus facilement le moment du dépistage en tant que la question émerge directement de leur expérience personnelle. Cette dynamique est permise par l'ambiance instaurée dans le groupe et la mise en place d'un fonctionnement horizontal où les usager·e·s ne sont pas placé·e·s en position de non-sachant·e·s. L'extrait d'observation suivant illustre bien cette dynamique et les effets positifs qu'elle peut avoir sur les usager·e·s :

> Après avoir présenté les différents moyens de contraception et avoir répondu aux questions des usagères, l'animatrice marque une pause et demande aux personnes "et sinon vous faites quoi dans la vie?". Les quatre usagères présentes répondent volontiers à la question et viennent toutes de milieux professionnels similaires : communication et ressources humaines (alternance ou CDD/ CDI). Les usagères échangent des regards complices. L'animatrice demande "et ça va, ça se passe bien?". Les usagères finissent toutes par témoigner de récits de violence au travail. L'une affirme que "franchement c'est un milieu où y'a pas beaucoup de femmes, du moins dans ma boîte… c'est pas facile tous les jours, les collègues sont lourds mais bon…", une autre explique également "devoir faire face aux blagues sexistes et macho de ses collègues". (Extraits d'une note d'observation, accueil collectif santé sexuelle)

La question de l'animatrice peut de prime abord paraître anodine mais elle a permis à la parole de se libérer sur le sujet des violences au travail. Il ne s'agit pas d'imposer aux usager·e·s un dépistage classant les différents types de violence mais bien d'aborder la violence telle qu'elle résonne en chacun·e, au regard de l'expérience individuelle. Le groupe est devenu pour ses quatre femmes un vecteur de solidarité et de soutien mais également de conscientisation.

En effet, elles ont pu discuter les effets que ces violences pouvaient avoir sur leur vie et les complexités auxquelles elles faisaient face pour mettre leur collègues “face à leur actes”.

Ces échanges autonomes entre paires, indirectement en lien avec le motif de consultation initial, mettent en avant les dynamiques positives que peut créer le moment de dépistage des violences entre usager·e·s. Il crée un dispositif où les violences sont abordées à partir de tous les domaines de la vie des usager·e·s (professionnel, conjugal, familial, *etc*.) et re-contextualisées à partir de leurs effets sur la vie des personnes. Il s’agit également pour les animatrices de mettre en évidence l’intersection des violences vécues, au croisement de différentes oppressions.

Limites

Comme nous avons pu le voir, les matériaux que nous avons recueillis ont montré l'importance pour les personnes de pouvoir aborder le sujet des violences lors des accueils collectifs. Cependant, pendant les entretiens avec des usager·e·s, il est apparu que discuter de ce thème dans les groupes peut parfois être ambivalent et apporter à la fois des bénéfices et des inconvénients. C’est ce dont nous fait part une usagère lors de son entretien :

> "Par exemple, j'ai l'impression que pour elle [une autre usagère du groupe], le concept de consentement n'était pas très clair. Parler de mes expériences a aussi servi, par exemple, à clarifier le consentement. Par exemple, même si elle n'avait pas forcément vécu de violence, elle se demandait peut-être, est-il normal que je veuille avoir une relation sexuelle avec mon partenaire, non? Que faut-il faire? Je ne sais pas. Ce que je fais est-il normal, ce que je ne fais pas est-il normal. Maintenant, je ne me souviens plus des détails, mais peut-être que cela a servi en ce sens."

Cet extrait montre que l'interviewée considère qu'aborder la question de la violence est important et nécessaire. Parler de ses expériences peut aider à clarifier des concepts comme le consentement, ce qui est bénéfique pour tous les participants.

Le thème des violences sexistes et sexuelles devrait peut-être être précédé d'un avertissement, dès le moment de la prise de rendez-vous, afin d’éviter que des personnes ayant vécu des violences puissent se retrouver dans la situation de devoir écouter des témoignages d’autres personnes, pouvant réactiver leur trauma. Il apparaît nécessaire de préparer les usager·e·s à l'éventualité d’aborder ces sujets afin de garantir le respect du consentement des personnes. Cette remarque fait suite aux propos de la même usagère à ce sujet :

> "Je ne sais pas. Eh bien, cela peut être un peu problématique car je n'étais peut-être pas dans un état d'esprit où je devais parler des violences que j'ai subies, donc peut-être qu'au début ce n'était pas agréable, je me suis peut-être refermée sur moi-même, mais ensuite, comme je sentais que l'environnement était accueillant et non jugeant. Disons que c'était un problème parce que je n'avais peut-être pas envie de parler et de revivre ces choses, mais en même temps c'était libérateur de les avoir évoquées. Bien sûr. C'est un peu ambigu, peut-être, par rapport à la question de la sexualité, la question de la violence est différente. Mais je pense que si j'étais venue en sachant que, en somme, nous en parlerions, cela se serait très bien passé, dans le sens aussi... Et entre victimes de violence, dans le sens où il y avait peut-être, disons, au fond de moi-même une certaine crainte que les autres personnes, n'ayant pas vécu les violences que j'ai vécues, puissent me juger d'une certaine manière, alors que si nous avions été entre victimes de violence, cela aurait été différent, cela aurait été seulement réconfortant. [...] En même temps,

> peut-être, je ne sais pas, peut-être aurais-je préféré le savoir avant, je ne sais pas, si j'ai envie, c'est-à-dire probablement si j'ai envie de témoigner des violences que j'ai subies, j'ai aussi envie d'être préparée, au lieu de ne pas l'être."

Cet extrait montre que l'interviewée exprime un certain malaise à aborder ce thème sans y avoir été préparée. Bien que cela puisse être libérateur de parler des violences subies, elle souligne l'importance d'être prévenue à l'avance pour se préparer mentalement et émotionnellement à cette discussion. Bien que la discussion sur la violence puisse offrir des clarifications et un sentiment de libération, elle nécessite une préparation adéquate pour éviter de causer du stress ou de la détresse supplémentaires aux participant·e·s.

4. Prévention

La prévention est un enjeu central de toute prise en charge au MFPF. Elle l'est tout autant lors des accueils collectifs, qu'ils portent à la fois sur la santé sexuelle ou l'IVG médicamenteuse. C'est pourquoi nous avons choisi d'analyser les effets de la prévention sur les usager·e·s car elle se déploie lors de deux moments importants du déroulé des accueils collectifs. Les enjeux de prévention se retrouvent dans la sensibilisation aux VSS effectuée lors du dépistage des violences mais aussi dans les questions liées aux IST.

L'approche par la conversation permet l'introduction de différents outils, dont le violentomètre qui permet de repérer la présence ou menace de VSS dans une relation. Les violences médicales et gynécologiques sont également au centre des accueils collectifs à travers le partage entre usager·e·s de précédentes expériences les ayant mis·e·s mal à l'aise, gêné·e·s et interpellé·e·s.

a. Prévenir les violences médicales et gynécologiques

Ces moments de discussions permettent aux animatrices de faire des rappels aux usager·e·s sur leurs droits en tant que patient·e·s. Ces discussions mettent en avant le flou maintenu autour du consentement lors des prises en charge médicales, renforcé par la position asymétrique médecin/ patient·e·s. En effet, certaines personnes se montrent particulièrement étonnées lorsque les animatrices leur expliquent qu'elles sont en droit de refuser un examen gynécologique, un traitement, *etc*. Cet extrait de note d'observation d'un accueil collectif de santé sexuelle illustre ce point :

> Une usagère explique qu'elle appréhende la consultation médicale car c'est sa "première fois chez le gynéco". Une autre usagère lui explique que l'on va lui "poser des questions sur sexualité et sa santé" et qu'on va "l'examiner". Suite à cela, l'usagère se montre inquiète sur ce qu'inclut "l'examen" et demande "ça veut dire qu'on va me mettre quelque chose à l'intérieur ? [...] non parce que moi je peux pas faire ça, j'ai peur". Les autres usagères présentes semblent gênées et lui disent "oui du coup tu vas faire une écho normalement". L'animatrice intervient et rappelle à toutes les usagères que "dans tous les cas, vous n'êtes pas obligées de dire oui pour une échographie endo-vaginale, même pour le spéculum, en fait vous pouvez dire non à tout moment". L'animatrice poursuit en expliquant qu'il est également possible de demander aux médecins de s'insérer seule le spéculum ou la sonde, mais dans tous les cas "les examens, on peut les reporter voire les adapter en les faisant autrement, rien n'est jamais obligatoire".

À partir de cette interaction, l'animatrice a pu rassurer l'usagère face au déroulé de sa première consultation gynécologique en la sensibilisant au droit du patient et au consentement libre et éclairé. Ce faisant, l'animatrice informe également les autres usagères, ayant potentiellement déjà consulté un·e gynécologue, de leurs droits et leur donne la possibilité de s'en saisir lors de prochaines consultations. Le fait que les usagères soulignent le caractère potentiellement obligatoire de l'échographie endo-vaginale met en évidence les cadres normatifs du discours médical auxquels les patientes se conforment. Comme le souligne Lucile Quéré (2019), cette approche présente les gynécologues comme détenteur·ice·s d'un "savoir unifié, spécialisé et scientifique qui leur donne le monopole de la décision et de la pratique de soin [où] les gynécologues « ordonnent » et prescrivent, et les patientes exécutent." (p. 419). Les discussions autour des précédentes prises en charge médicales et gynécologiques autorisent la mise en lumière de violences spécifiques ancrées dans un *continuum* de violences de genre (Fonquerne, 2021) et "la politisation du cabinet médical comme un lieu où se déploient des rapports de pouvoir et de domination, en particulier sur les corps des femmes" (Quéré, 2016, p. 33).

b. Prévenir et réduire les risques des IST

Lors des accueils santé sexuelle et IVG médicamenteuse, les animatrices effectuent systématiquement la présentation du dépistage de la gonorrhée et chlamydia par auto-prélèvements pouvant s'effectuer sur place. L'instauration d'un cadre non-jugeant évite que les usager·e·s se sentent "mal-vu·es" ou coupables d'avoir adopté des comportements sexuels à risque, au regard des enjeux de santé individuelle et publique :

> Une usagère est gênée lorsque l'animatrice lui demande si le rapport était protégé. Elle répond doucement "non [pause] et c'était pas le premier, y'en a eu beaucoup [pause] pas protégés..", elle enchaîne en disant "je sais que c'est pas bien mais bon..". L'animatrice marque un temps de pause, lui adresse un regard compatissant et lui dit "vous savez, vous n'êtes pas seule pendant le rapport, vous n'êtes pas la seule à devoir endosser la responsabilité de la contraception". L'usagère affirme et reconnaît que "c'est vrai". L'animatrice poursuit et dit "Alors pour les personnes ayant eu des rapports à risque, vous savez que l'on peut réduire massivement le risque de contamination avec des traitements d'urgence mais on peut aussi ici faire des dépistages et ça, sans forcément avoir eu des rapports à risque. Puis ne vous inquiétez pas, cela se soigne assez facilement mais c'est vrai que c'est important de faire ces dépistages là car ça peut impacter la fertilité si ça l'infecte plus, surtout que souvent c'est des infections silencieuses..". L'usagère dit "du coup moi je veux bien en faire un!", les autres usagères présentes se portent également volontaires.
> (Extraits d'une note d'observation de santé sexuelle)

Le fait d'être en groupe permet également de dédramatiser le moment du dépistage des IST. Les usager·e·s présent·e·s se montrent dans un premier temps gêné·e·s face à l'idée de faire un test, en effet, demander d'effectuer un test implique la possibilité d'avoir eu un rapport sexuel à risque, sujet à des stigmates (regards réprobateurs, discours moralisateurs et culpabilisants, *etc*.). Dans un second temps, nous observons que dès qu'un·e usager·e· se montre volontaire pour faire un auto-test, les autres personnes présentes acceptent volontiers d'en faire un également. Cette dynamique est favorisée par l'attitude pragmatique des animatrices qui vont à la rencontre des personnes là où elles en sont, sans jugement moral. Les animatrices valorisent les actions de réduction des risques et la prise en charge par les personnes

de leur santé sexuelle et reproductive, même si cette dernière n'inclut pas forcément des pratiques sexuelles jugées *safe* (port du préservatif interne ou externe pendant les pénétrations ano-vaginales, carré de latex/ préservatif externe pour les rapports oraux, *etc*.).

Conclusion

Cette recherche action nous a permis d'analyser en profondeur les apports, les effets et la pratique des accueils collectifs au MFPF 75. Nous avons commencé par situer historiquement cette pratique en dégageant ses principales influences militantes (mouvement ouvrier, féminisme) et ses principes d'action. Nous pouvons nommer le refus de hiérarchie entre les savoirs et les personnes, la centralité de l'expérience vécue avec une valorisation des savoirs expérientiels, l'adoption de méthodes d'éducation populaire ou encore l'objectif de conscientisation et de transformation politique des acteur·ice·s. Ce faisant, nous avons pu aborder les accueils collectifs comme une pratique militante, contestataire de l'ordre médical traditionnel et consciente du caractère systémique des inégalités sociales entre les personnes, particulièrement des inégalités sociales de santé.

Puis, nous avons resséré la focale sur la pratique des accueils collectifs au MFPF 75 à partir d'un dispositif d'enquête composé d'entretiens semi-directifs avec des usager·e·s et des animatrices, d'observations ethnographiques ainsi qu'un questionnaire rempli par une partie des personnes ayant participées aux accueils santé sexuelle et interruption volontaire de grossesse. Étudier les effets des accueils collectifs sur une pluralité d'acteur·ice·s nous a permis d'une part de dégager les savoir-faire spécifiques des animatrices du MFPF 75 et d'autre part d'analyser l'effet et l'impact des accueils collectifs sur les connaissances et les compétences psycho-sociales des participant·e·s. Nous avons pu concrètement illustrer les techniques d'éducation populaire mises en place par les animatrices à partir d'un déroulé d'animation plus ou moins fixe abordant différemment le dépistage des violences. En toile de fond, ce sont bien les compétences d'adaptabilité face aux personnes des animatrices qui ont été mises en avant, permettant d'instaurer un cadre sécurisant, propice au partage de vécus. À partir de ces éléments, nous avons pu mettre en évidence les apports des accueils collectifs pour les usager·e·s. Le cadre démédicalisé de l'accueil collectif permet une déconstruction efficace des idées reçues sur la santé sexuelle et reproductive qui part directement des expériences et de préoccupations incarnées des participant·e·s. Le contexte spécifique des accueils collectifs adoptant des approches d'éducation populaire représente une alternative aux prises en charge surmédicalisées et normatives de la santé sexuelle et reproductive. L'échange de savoirs situés permet d'engager les usager·e·s dans des conversations, les autorisant à appréhender le caractère systémique des violences et des discriminations vécues. Le groupe devient un lieu de libération de la parole sur les violences sexuelles et sexuelles. De plus, ces échanges entre pairs permettent également la sortie (temporaire) de l'isolement social et sont vecteurs de solidarité et de soutien mutuel. Finalement, le collectif permet d'appréhender plus aisément les enjeux de prévention des IST en neutralisant l'aspect culpabilisant et moralisateur des conduites sexuelles à risques.

Nous avons relevé deux limites principales au cours de cette recherche. Premièrement, la barrière de la langue pouvant parfois s'exercer entre un·e usager·e·s et les animatrices ou même entre les usager·e·s elleux-mêmes. Cette dernière peut venir alourdir le déroulé de l'accueil et rendre le partage de vécus et de savoirs moins optimal. Nous remarquons tout de même des efforts conséquents pour l'inclusion des personnes allophones au cours des accueils,

à la fois de la part des animatrices mais aussi des usager·e·s. La seconde limite réside dans le dépistage systématique des violences, qui peut parfois mettre mal à l'aise certain·e·s usager·e·s voire réactiver des traumas. C'est pourquoi nous recommandons la présence d'un avertissement avant d'aborder ces sujets en vue de respecter le consentement des personnes.

Bibliographie

Achin, C. & Naudier, D. (2013). L'*agency* en contexte : réflexions sur les processus d'émancipation des femmes dans la décennie 1970 en France. *Cahiers du Genre*, 55, 109-130.

Arborio, A., Fournier, P. (2021). *L'observation directe*. Armand Colin.

Athiel, M. (2022). Prévention individuelle et collective en planification familiale : cibler des publics ou des problématiques ?. Dans : Maryse Bonnefoy éd., *Quelle prévention universelle et ajustée à la vulnérabilité* (pp. 153-164). Toulouse: Érès.

Bajos, N. & Ferrand, M. (2006). L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés contemporaines*, n°61.

Bard, C. (2017). Faire des vagues. Périodiser l'histoire des féminismes. Dans : Karine Bergès éd., *Féminismes du XXIe siècle : une troisième vague* (pp. 31-45). Presses universitaires de Rennes.

Besse, L., Chateigner, F. & Ihaddadene, F. (2016). L'éducation populaire. *Savoirs*, 42, 11-49.

Blanchet A. & Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Nathan.

Bracke, S. & Puig de la Bellacasa, M. (2013). Le féminisme du positionnement. Héritages et perspectives contemporaines. *Cahiers du Genre*, 54, 45-66.

Charpenel, M. (2016). Les groupes de parole ou la triple concrétisation de l'utopie féministe. *Éducation et Sociétés*, 37, 15-31.

Fonquerne, L. (2021). « *C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo !* ». Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception. *Santé Publique*, 33, 663-673.

Freire, P. (1974). *Pédagogie de l'opprimé*. Maspero

Kurtzman, L. (2009). Les enjeux éthiques de la recherche-action féministe : une réflexion critique sur les règles et pratiques de recherche. Dans : Fatou Sow éd., *La recherche féministe francophone: Langue, identités et enjeux* (pp. 91-99). Paris: Karthala.

Marichalar, P. & Pitti, L. (2013). Réinventer la médecine ouvrière : Retour sur des mouvements médicaux alternatifs dans la France post-1968. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 196-197, 114-131.

Mouvement français pour le planning familial. (2006). *Liberté, sexualités, féminisme: 50 ans de combat du Planning pour les droits des femmes.* La Découverte.

Paugam, S. (2022). *Le lien social.* Presses Universitaires de France.

Pereira, I. (2021). *Le Petit manuel d'éducation populaire conscientisante*. Pedaradicale.

Quéré, L. (2023). *Un corps à nous: Luttes féministes pour la réappropriation du corps*. Presses de Sciences Po.

Quéré, L. (2019). Les formes ordinaires du consentement. Consciences du droit dans la consultation gynécologique. *Droit et société,* 102, 413-432.

Quéré, L. (2016). Luttes féministes autour du consentement: Héritages et impensés des mobilisations contemporaines sur la gynécologie. *Nouvelles Questions Féministes*, 35, 32-47.

Ruault, L. (2016). La circulation transnationale du self-help féministe : acte 2 des luttes pour l'avortement libre ?. *Critique internationale*, 70, 37-54.

Soulet, M. (2022). Vulnérabilité et prévention : de quelques enjeux sociologiques. Dans : Maryse Bonnefoy éd., *Quelle prévention universelle et ajustée à la vulnérabilité* (pp. 15-28). Toulouse: Érès.

Thizy, L., Gauglin, M. & Vincent, J. (2021). « Se raconter » sur le terrain : le récit de soi comme ressource méthodologique. *Genèses*, 123, 115-135.

Tuana, N. (2006). The Speculum of Ignorance: The Women's Health Movement and Epistemologies of Ignorance. *Hypatia*, 21(3), 1–19.

Vicard, A. (2023). Avant-propos. *Cahiers de l'action*, 61, 7-7.

Annexes

Annexe n°1 : Grille d'observation utilisée lors des accueils collectifs

Lieu, date	
Thème de l'accueil	
Nombre de participant·e·s	

Grands axes	**Items à observer**	**Ce que j'observe**	**Analyse, apports bibliographiques etc...**
Les interactions entre les personnes présentes	Comment le but de l'accueil est présenté aux usager·e·s ?		
	Le type d'interaction en prêtant attention aux temporalités		
	Relation de pouvoir : dynamiques de domination, respect du consentement		
Techniques des animatrices et compétence d'adaptabilité	Registre de langue		
	Faire face au refus de participation et à l'absence de réceptivité du groupe		
	Créer un environnement sécurisant pour dire et accueillir les émotions		
Enjeux de l'accueil collectif	Faire parler les usager·e·s de leur expérience		
	Échanger des informations		
	Déconstruire les idées reçues sur la santé sexuelle et reproductive		

	Faire connaître les autres missions du MFPF/ enjeux politiques et militants		
Enjeux de prévention	Procédés de dépistage des violences mis en oeuvre + comment est dite la violence		
	Prise en charge de situations d'isolement + orientations des usager·e·s		
	Comment les usagères sont informées de leurs droits		
	La question des IST		
Lexique indigène à relever			

Annexe n°2 : Récapitulatif des observations ethnographiques menées sur le terrain

Date	Thème	Centre	Nombre de participant·e·s	Observatrice
07/02/2024	Santé sexuelle	Vivienne	3	Carla
07/02/2024	Santé sexuelle	Vivienne	2	Carla
08/02/2024	IVG	Vivienne	4	Carla
29/02/2024	IVG	Vivienne	5	Carla
29/02/2024	IVG	Vivienne	5	Carla
01/03/2024	Santé sexuelle	Masséna	4	Carla
01/03/2024	IVG	Masséna	5	Carla
06/03/2024	Santé sexuelle	Vivienne	2	Carla
06/03/2024	Santé sexuelle	Vivienne	4	Carla
07/03/2024	Santé sexuelle	Hittorf	2	Carla
07/03/2024	IVG	Vivienne	4	Carla
20/03/2024	Santé sexuelle	Vivienne	3	Carla
21/03/2024	Santé sexuelle	Hittorf	5	Carla
21/03/2024	IVG	Vivienne	4	Carla

22/03/2024	Santé sexuelle	Masséna	3	Carla
22/03/2024	IVG	Masséna	3	Carla
02/04	Santé sexuelle	Hittorf	3	Carla
03/04	Santé sexuelle	Vivienne	2	Carla
03/04	Santé sexuelle	Vivienne	5	Carla
04/04	Santé sexuelle	Hittorf	4	Carla
11/04	Santé sexuelle	Hittorf	2	Carla
11/04	IVG	Vivienne	6	Carla
02/05/2024	Santé sexuelle	Hittorf	4	Carla
21/05/2024	IVG	Masséna	3	Carla
28/05/2024	IVG	Masséna	3	Carla

Totaux	**observation**	**usager·es observé·es**
IVG	10	42
Santé sexuelle	15	48
Combiné	25	90

Annexe n°3 : Grille d'entretien semi-directif (animatrices du MFPF 75)

Questions de recherche	Questions correspondant
Quel est le vocabulaire/les codes verbaux que les animatrices utilisent?	Que signifie l'accueil collectif pour vous?
	Quels sont les 4 mots que vous utiliseriez pour décrire un accueil collectif?
	Quels sont ses objectifs?
	Quelle est la formation que vous avez suivie?
Quel est le contexte qu'elles essaient de mettre en place?	Est-ce qu'il y a des étapes que vous suivez lors des accueils collectifs?
	Quels sont les éléments essentiels pour la construction d'un bon accueil collectif?
	Est-ce qu'il y a des règles qu'il vous semble nécessaires de suivre?
	Selon vous, quel est l'intérêt d'une recherche sur les accueils collectifs?
	Quels sont les intérêts de proposer un accueil collectif par rapport aux autres méthodes?

Quel est l'impact de cette pratique?	Quels sont les impacts que vous avez remarqué le plus souvent chez les personnes qui ont participé aux accueils collectifs?
Demande de conseils	Est-ce qu'il y a des questions que vous aimeriez poser aux participant·e·s?

Annexe n°4 : Grille d'entretien semi-directif (participant·e·s à l'un des accueils collectifs du MFPF 75)

Introduction	• Se présenter et indiquer son rôle dans l'étude • Nommer le titre et les objectifs de l'étude • Souligner que la personne n'est pas obligée de répondre aux questions notamment celles qui pourraient la mettre mal à l'aise. • Rassurer la personne concernant sa participation et ses réponses (anonymat)
Questions de recherche	**Questions correspondant**
Connaissance du PF et de la pratique	Comment avez-vous pris connaissance du planning familial ?
	Comment avez-vous pris contact avec le Planning? (téléphone, mail, accueil individuel)
	Comment avez-vous su que le rendez-vous prendrait la forme d'accueil collectif?
	Qu'est-ce que c'est qui a déterminé votre choix de venir au PF 75?
	Comment différenciez-vous ce type de visite de celles que vous avez eues auparavant ?

Opinion et sentiment vis-à-vis des accueils collectifs	Que pensez-vous des accueils collectifs?
	(si réponse positive) Pourquoi croyez-vous que cette méthode pourrait vous convenir?
	Selon vous, quelle est l'utilité d'un accueil collectif?
	Comment vous sentez-vous par rapport à partager des expériences personnelles ?
	Quels sont les sentiments que vous éprouvez face au partage de témoignages des autres personnes?
Quel est l'impact de cette pratique?	Suite à cette expérience, qu'avez-vous ressenti?
	Si vous étiez confronté·e à la nécessité d'avoir un quelconque suivi gynécologique, que feriez-vous?
	Suite à votre visite ici, votre perception des visites médicales a t-elle changé ?
Rôle des animatrices	Comment vous sentez-vous par rapport aux questions des animatrices ?

	Pourriez-vous me donner votre opinion sur la méthode utilisée par les animatrices?
	Suite à l'accueil collectif, comment vous êtes-vous senti·e face à l'idée de mettre en place l'ivg en autonomie?/ à l'utilisation de la méthode de contraception choisie?
Trajectoire de l'interviewée (introduire les questions en disant qu'il s'agit d'une exigence pour mon travail de poser ces questions)	• date de naissance • niveau de scolarité • travail/occupation

Annexe n°5 : Récapitulatif des entretiens avec les usager·e·s

Interviewé·e	Âge	Genre	Profession	Motif de consultation	Date entretien
A	28	M	En recherche d'emploi	**Santé sexuelle :** Contraception masculine	10/04/2024
B	21	F	Étudiante	**Santé sexuelle :** contrôle DIU	10/04/2024
C	27	F	Professeure documentaliste	**Santé sexuelle** : Contraception	25/04/2024
D	24	F	Comédienne	**Interruption volontaire de grossesse**	17/05/2024

Annexe n°6 : Le Violentomètre

Annexe n°7: phase pilote du questionnaire.

le planning familial 75

Annexe n°8: Deuxième version du questionnaire.

le planning familial 75

CENTRE : ○ Vivienne (Paris 2e) ○ Hittorf (Paris 10) ○ Masséna (Paris 13)

DATE : _____

QUESTIONNAIRE ANONYME: PARLE NOUS DE TON EXPÉRIENCE D'ACCUEIL COLLECTIF!

INFORMATIONS PERSONNELLES FACULTATIVES

ÂGE _____ GENRE _____ *et/ ou* SEXE _____ CODE POSTAL _____

NATIONALITÉ _____ PROFESSION _____ GROUPE ○ IVG ○ SANTÉ SEXUELLE

INSTRUCTIONS:

Pour chaque réponse, il est éventuellement possible d'indiquer ce qui n'a pas été satisfaisant et proposer des pistes pour améliorer les pratiques d'accueils collectifs **dans la partie "Commentaires éventuels"**.

5 = Tout à fait satisfaisant, 4 = satisfaisant, 3 = Moyennement satisfaisant, 2 = Pas satisfaisant, 1 = Pas du tout satisfaisant, 0 = Non concerné.e

QUESTIONS:	5	4	3	2	1	0
J'ai été informé·e qu'un temps d'échange collectif se déroulerait avant la consultation médicale	○	○	○	○	○	○
Les locaux du Planning Familial sont accessibles (= faciles à trouver)	○	○	○	○	○	○
Les animatrices sont disponibles pour répondre à toutes mes interrogations	○	○	○	○	○	○
La parole a été bien distribuée entre les personnes présentes et les animatrices	○	○	○	○	○	○
Les informations données dans le groupe étaient claires	○	○	○	○	○	○
Je me suis senti·e à l'aise d'aborder des informations souvent considérées tabouesavec les personnes du groupe (5= très à l'aise, 0= pas de tout à l'aise)	○	○	○	○	○	○
J'ai pu choisir de partager mon expérience dans le groupe (5 = tout à fait libre, 0 = pas du tout libre)	○	○	○	○	○	○
J'ai été informé·e des autres actions du Planning Familial	○	○	○	○	○	○
Je me suis senti·e à l'aise pour partager tous les vécus, y compris stressants, discriminatoires et/ou dangereux (5= très à l'aise, 0= pas de tout à l'aise)	○	○	○	○	○	○
Selon toi, qu'est ce qu'apporte l'accueil collectif aux participant·es ?	_____					

JE SOUHAITE ÊTRE RECONTACTÉ.E POUR UN ENTRETIEN : ○ Oui ○ Non

N° de téléphone : _____

autre contact : _____

Plus de lignes au dos :)

COMMENTAIRES ÉVENTUELS :

_____

_____

_____

_____

Annexe n°9: Dernière version du questionnaire.

le planning familial 75

CENTRE : ○ Vivienne (Paris 2e) ○ Hittorf (Paris 10) ○ Masséna (Paris 13)

DATE : _____

QUESTIONNAIRE ANONYME: PARLE NOUS DE TON EXPÉRIENCE D'ACCUEIL COLLECTIF!

INFORMATIONS PERSONNELLES FACULTATIVES

ÂGE _____ GENRE _____ *et/ ou* SEXE _____ CODE POSTAL _____

NATIONALITÉ _____ PROFESSION _____ GROUPE ○ IVG ○ SANTÉ SEXUELLE

INSTRUCTIONS:

Il est possible, si tu le souhaites, de proposer des pistes pour améliorer les pratiques d'accueils collectifs **dans la partie "Remarques éventuelle"**. Ces retours nous aident beaucoup pour notre recherche !

QUESTIONS:

Quand on t'a informé·e de la présence d'un temps collectif avant la consultation médicale, qu'en as tu pensé ? Qu'as tu ressenti ?

Comment tu t'es senti·e à partager tes expériences? Qu'est-ce qui t'a mis à l'aise (ou non) à le faire ? (l'animatrice, les autres participant·e·s...)

Selon toi, qu'est ce qu'apporte (ou non) l'accueil collectif aux participant·es ?

Comment te sens tu après avoir participé au groupe et avec les informations qui y ont été discutées et transmises ?

JE SOUHAITE ÊTRE RECONTACTÉ·E POUR UN ENTRETIEN* ?

○ Oui ○ Non N° de téléphone : _____ autre contact : _____

Il s'agit d'une **discussion** où nous reviendrons sur ton **expérience de participation**, cela peut se réaliser selon les **modalités que tu préfères** (présentiel/ distanciel, etc.). Respect de **l'anonymat** et de la **confidentialité**.

Plus de lignes au dos :)

REMARQUES ÉVENTUELLES :